

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen
Toimintaohjelma 2007-2010



KUVAILEHTI

Julkaisija Sosiaali- ja terveysministeriö		Julkaisun päivämäärä 24.1.2007	
Tekijät (toimielimestä: toimielimen nimi, puheenjohtaja, sihteeri) Seksuaali- ja lisääntymisterveyden työryhmä puheenjohtaja Kimmo Leppo sihteeri Maija Ritamo		Julkaisun laji Työryhmämuistio	
		Toimeksiantaja Sosiaali- ja terveysministeriö	
		HARE-nro ja toimielimen asettamispäivä STM 119:00/2005, 25.1.2005	
Julkaisun nimi Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007–2070.			
Tiivistelmä Työryhmän tehtävänä oli valmistella ehdotus kansalliseksi seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelmaksi. Toimintaohjelman tavoitteena on edistää väestön, etenkin nuorten seksuaali- ja lisääntymisterveyttä. Ohjelma on tarkoitettu sosiaali- ja terveydenhuollon johdolle, henkilöstölle, keskeisille yhteistyötahoille ja luottamushenkilöille. Keskeisiä kohderyhmiä ovat myös sosiaali- ja terveysalan opettajat ja opiskelijat sekä peruskoulujen ja lukioiden terveystiedon opettajat ja näitä opettajia kouluttavat tahot. Ohjelma kattaa 15 aihekokonaisuutta, joille on asetettu tavoitteet ja toimenpide-ehdotukset vuoteen 2010. Ehdotukset koskevat neuvonnan ja väestön tietouden parantamista, palvelujen organisointia, raskauden ajan, synnytyksen ja synnytyksen jälkeisen hoidon kehittämistä, raskauden ehkäisypalveluiden ja raskauden keskeytyksen hoidon kehittämistä sekä sukupuolitautilien torjunnan ja seksuaalisen väkivallan tunnistamisen, hoidon ja ehkäisemisen tehostamista. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen edellytysten parantamiseksi työryhmä ehdottaa ammattihenkilöiden osaamisen, tilastointi- ja seurantajärjestelmien sekä tutkimuksen kehittämistä. Kansallisen koordinaation ja yhteistyön lisäämiseksi työryhmä ehdottaa perustettavaksi seksuaali- ja lisääntymisterveyden asiantuntijakeskus ja kansallisen kehittämistyön vahvistamiseksi kansallinen koordinaatio- ja yhteistyöelin. Alueellisella tasolla sairaanhoitopiireissä ehdotetaan nimettäväksi seksuaali- ja lisääntymisterveyden yhteyshenkilö ja perustettavaksi alueellinen työryhmä. Paikallisella tai seudullisella tasolla seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämistyön koordinointia ehdotetaan kuntien tai useamman kunnan yhteisen terveyden edistämisen yhteistyöryhmän tehtäväksi. Ohjelma on tarkoitus toteuttaa osana kuntien palvelurakenteen ja ehkäisevien palvelujen uudistamista.			
Asiasanat: ehkäisevä terveydenhuolto, lisääntyminen, raskaus, seksuaalinen käyttäytyminen, seksuaalisuus, terveys, terveystkasvatus			
Muut tiedot www.stm.fi			
Sarjan nimi ja numero Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:83		ISSN 1236-2115	ISBN 978-952-00-2137-5 (nid.) 978-952-00-2138-2 (PDF)
Kokonaissivumäärä 175	Kieli Suomi	Hinta 17,28€	Luottamuksellisuus Julkinen
Jakaja Yliopistopaino Kustannus PL 4 (Vuorikatu 3 A) 00014 HELSINGIN YLIOPISTO		Kustantaja Sosiaali- ja terveysministeriö	

SISÄLLYSLUETTELO

KUVAILULEHTI	3
SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖLLE	9
1 JOHDANTO	12
LÄHTEET	15
2 SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYDEN OIKEUDET	16
LÄHTEET:	18
3 SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYTEEN LIITTYVÄN NEUVONNAN KEHITTÄMINEN	19
3.1 Seksuaalineuvonnan integroiminen sosiaali- ja terveyspalveluihin	19
3.2 Miesten neuvontapalvelut	20
3.3 Erityisryhmien neuvontapalvelut	20
LÄHTEET:	23
4 VÄESTÖN SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYSTIETOUDEN PARANTAMINEN	25
4.1 Lasten ja nuorten seksuaaliopetus- ja kasvatusta	25
4.2 Muu väestölle suunnattu informaatio ja viestintä	27
4.3 Palveluiden yhteydessä jaettava materiaali	29
4.4 Sähköinen ohjaus äitiyshuollossa	31
LÄHTEET:	33
5 SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYDEN PALVELUIDEN ORGANISOINTI	35
5.1 Palveluiden järjestämisen tausta ja nykytila	35
5.2 Käyntimäärien kehitys	36
5.3 Palveluiden uudistamistarpeet	38
5.4 Kokemuksia palveluiden uudistamisesta	39
5.5 Seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluiden osittainen keskittäminen	39
5.6 Seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluiden vahvistamisen periaatteet	41
LÄHTEET:	42
6 RASKAUTTA EDELTÄVÄ NEUVONTA	44
6.1 Neuvonnan järjestäminen	44
6.2 Raskautta edeltävä neuvonta äitiyspoliklinikalla	44
6.3 Lapsettomuustutkimukset	45
LÄHTEET:	46
7 RASKAUDENAJAN HOITO	47
7.1 Suositusten taustaa	47
7.2 Vanhemmaksi kasvu ja varhainen vuorovaikutus	48

7.3 Synnytysvalmennus osana perhevalmennusta	49
7.4 Imetyksen ohjaus ja tukeminen	50
7.5 Synnytys suunnitelma	51
7.6 Synnytyspelon käsittely	52
7.7 Verkostoituminen erityisryhmille palveluja tuottavien muiden tahojen kanssa	52
7.8 Ylipainoisten äitien ohjaus ja seuranta	53
7.9 Päihteitä käyttävien äitien tunnistaminen ja hoito.....	54
7.11 HIV – äiti -lapsitartuntojen ehkäiseminen	56
7.12 Keskenmenopotilaan jälkitarkastus ja psykososiaalinen tuki	57
LÄHTEET:.....	60
8 SYNNYTYKSEN HOITO.....	64
8.1 Synnyttämisen ja synnytyksen hoidon trendejä	64
8.2 Synnytyskokemus	67
8.3 Ensitieto.....	68
8.4 Varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen ja vierihoito.....	68
LÄHTEET:.....	70
9 SYNNYTYKSEN JÄLKEINEN HOITO	73
9.1 Lyhentyneet hoitoajat ja varhainen kotiutuminen	73
9.2 Synnytyskeskustelu.....	74
9.3 Imetyksen tukeminen	74
9.4 Synnytyksen jälkeinen hoito perusterveydenhuollossa	75
9.5 Synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistaminen ja hoito.....	76
9.6 Jälkitarkastus ja synnytyksen jälkeinen raskauden ehkäisy.....	77
LÄHTEET:.....	80
10 RASKAUDEN EHKÄISYPALVELUT	83
10.1 Ehkäisyn tarve tilastojen valossa	83
10.2 Ehkäisymenetelmien käyttö	85
10.3 Raskauden ehkäisypalvelut	86
10.4 Ehkäisypalveluiden kehittäminen.....	88
10.5 Yleis- vai erikoisosaamista?	88
LÄHTEET:.....	91
11 RASKAUDENKESKEYTYKSEN HOITO	93
LÄHTEET:.....	95
12 SUKUPUOLITAUTIEN TORJUNTA	96
12.1 Epidemiologia.....	96
12.2 Sukupuolitautilien tutkimus ja hoito.....	97
12.3 Tartunnan jäljitys ja kumppaneiden hoitoon saattaminen.....	98

12.4 Klamydian seulonta.....	98
12.5 Sukupuolitautilien ehkäisy	99
12.6 Omaehtoiseen testaukseen hakeutumisen tehostaminen	99
LÄHTEET:.....	102
13 SEKSUAALINEN VÄKIVALTA	103
13.1 Epidemiologia.....	103
13.2 Seksuaalisen väkivallan välittömät ja pitkäaikaiset vaikutukset	103
13.3 Haasteet palvelujärjestelmälle	104
13.4 Toimenpide-ehdotukset seksuaalisen väkivallan uhrien ja tekijöiden hoidon kehittämiseksi	106
13.5 Seksuaalisen väkivallan ehkäisy.....	107
13.6 Toimenpide-ehdotukset seksuaalisen väkivallan ehkäisemiseksi	109
LÄHTEET:.....	112
14 AMMATTIHENKILÖIDEN OSAAMISEN KEHITTÄMINEN JA TUKEMINEN	114
14.1 Perusopetuksen ja toisen asteen koulutuksen opetushenkilöstö.....	114
14.2 Sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden tutkintokoulutus.....	115
14.3 Sosiaali- ja terveydenhuollon täydennyskoulutus ja muu lisäkoulutus	118
14.4 Työnkuvan muutoksiin liittyvät koulutustarpeet	120
14.5 Sosiaali- ja terveysalan oppilaitosten opettajien koulutus	120
14.6 Hoitosuosituksat ja sähköinen tukimateriaali ammatillisille	121
LÄHTEET:	123
15 TILASTOINTI- JA SEURANTAJÄRJESTELMIEN KEHITTÄMINEN	125
15.1 Seksuaali- ja lisääntymisterveyden nykyinen tiedonkeruu ja raportointi	125
15.2 Tilastojen ja rekistereiden tiedonkeruun ja raportoinnin kehittäminen	127
15.3 Seurantaindikaattoreiden kehittäminen	129
15.4 Avohoidon käyntitilastointi ja sähköinen potilaskertomus.....	131
LÄHTEET:.....	134
16 SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYDEN TUTKIMUS.....	135
16.1 Seksuaali- ja lisääntymisterveys tutkimuslana Suomessa	135
16.2 Seksuaali- ja lisääntymisterveyden tutkimuksen haasteet	137
16.3 Seksuaali- ja lisääntymisterveyden tutkimuksen rahoitus	137
LÄHTEET:.....	140
17 TYÖNJAON, YHTEISTYÖN JA KOORDINOINNIN KEHITTÄMINEN	141
17.1 Työnjako ja vastuut kansallisella tasolla.....	141
17.2 Kansallisen työnjaon, koordinaation ja yhteistyön kehittäminen	145
17.3 Alueellisen tason työnjako ja yhteistyö.....	147
17.4 Paikallisen tason työnjako ja yhteistyö	149
LÄHTEET:	152

18 TOIMINTAOHJELMAN TOIMEENPANO JA SEN TUKEMINEN.....	153
18.1 Toimeenpanon tarkoitus, tavoite ja aikataulu	153
18.2 Avaintahot toimeenpanossa	153
18.3 Toimintaohjelmasta tiedottaminen.....	154
18.4 Toimeenpanon käynnistäminen ja sen tukeminen	154
18.5 Toimeenpanon seuranta ja arviointi	156
Liite 1. Kolmannen sektorin toiminta	157
Liite 3. Palveluiden vaihtoehtoisia rakenteita	158
Liite 4. Esimerkkejä raskautta edeltävän neuvonnan toteuttamismalleista	160
Liite 5. Synnytysairaaloiden hyviä käytäntöjä synnytysvalmennuksen järjestämiseksi.....	162
Liite 6. 10 henkilökohtaista kysymystä alkoholinkäytöstä (audit)	163
Liite 7. Hiv-positiivisen äidin ja syntyvän lapsen seuranta ja hoito.....	165
Liite 8. Mielialalomake synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamiseksi (epds).....	166
Liite 9. Stakesin lisääntymisrekisterin tietosisällöt.....	168
Liite 10. Stakesin hoitoilmoitusrekisterin tietosisällöt	169
Liite 11. Esimerkkejä äitiyshuollon toimijoiden paikallisesta yhteistyöstä.....	169

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖLLE

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti toimikaudeksi 1.2.2006–31.12.2006 Seksuaali- ja lisääntymisterveyden työryhmän, jonka tehtävänä oli laatia seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelma. Sen tavoitteena on vahvistaa hyvän seksuaali- ja lisääntymisterveyden edellytyksiä yhteiskunnassa. Toimintaohjelmassa määritellään lähivuosien tavoitteet ja toimenpiteet seuraavista näkökulmista:

1. Seksuaali- ja lisääntymisterveyttä koskevien palvelujen toimivuuden ja saatavuuden kehittäminen kansallisen terveydenhuollon hankkeen ja kunta- ja peruspalvelurakennemuutoksen periaatteiden mukaisesti sekä seksuaalineuvonnan integroiminen osaksi sosiaali- ja terveyspalveluja.
2. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöstön osaamisen kehittäminen.
3. Koulujen ja muiden oppilaitosten seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvän opetuksen kehittämishaasteiden määrittäminen.
4. Väestölle suunnattavan seksuaalikasvatuksen kehittäminen ja koordinoiminen kansallisella ja alueellisella tasolla.
5. Seksuaali- ja lisääntymisterveyttä koskevan tiedon kokoaminen ja hyödyntäminen, esimerkiksi kansallisten hoitokäytäntöjen ja suositusten laatimiseksi; alan tutkimuksen kehittäminen.
6. Tilastointi- ja seurantajärjestelmän kehittäminen.
7. Seksuaali- ja lisääntymisterveyttä edistävien tahojen yhteistyön kehittäminen ja koordinoiminen kansallisella, alueellisella ja paikallisella tasolla.

Lisäksi työryhmän tehtävänä oli tehdä sosiaali- ja terveysministeriölle sekä sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköille ehdotukset toimintaohjelman toimeenpanemiseksi ja sen tukemiseksi sekä toimeenpanon arvioimiseksi.

Työryhmän puheenjohtajaksi kutsuttiin osastopäällikkö, ylijohtaja Kimmo Leppo sosiaali- ja terveysministeriöstä, varapuheenjohtajaksi tulosaluejohtaja Maijaliisa Junnila Stakesista ja jäseniksi osastonhoitaja Katriina Bildjuschkin Turun terveystoimesta, terveydenhuollon tarkastaja, sosiaalineuvos Sirkka Jakonen Itä-Suomen lääninhallituksesta, professori Lasse Kannas Jyväskylän yliopistosta, kehityspäällikkö Ritva Larjomaa Suomen Kuntaliitosta, hallitussihteeri Heidi Manns-Haatanen sosiaali- ja terveysministeriöstä, professori Seppo Saarikoski Kuopion yliopistollisesta sairaalasta, tutkimusprofessori Erkki Vartiainen Kansanterveyslaitokselta, opetusneuvos Elise Virnes opetusministeriöstä ja sihteeriksi projektipäällikkö Maija Ritamo Stakesista. Pysyviksi asiantuntijoiksi kutsuttiin ylilääkäri Dan Apter Väestöliitosta, Suomen Terveystieteiden edusta-

jana terveydenhoitaja Leila Hammarberg, Suomen Kätilöliiton edustajana puheenjohtaja Merja Kumpula, Suomen sairaanhoitajaliiton edustajana viestintäpäällikkö Arto Salo, Suomen Lääkäri­liiton edustajana terveystieteiden lääkäri Mia Venhola, professori Risto Erkkola Turun yliopistollisesta keskussairaalasta, dosentti Elise Kosunen Tampereen yliopistosta ja Stakesista, ylitarkastaja Marjaana Pelkonen sosiaali- ja terveysministeriöstä ja ylitarkastaja Marjukka Vallimies-Patomäki sosiaali- ja terveysministeriöstä.

Työryhmä kokoontui neljä kertaa ja järjesti kaksi työseminaaria yhdessä jaostojen kanssa. Työseminaareissa työryhmä kuuli ulkopuolisina asiantuntijoina tutkimusprofessori Elina Hemminkiä Stakesista, projektikoordinaattori Eija Hukkaa Kansanterveyslaitokselta ja käyttöliittymäsuunnittelija Osma Suomista Teknillisestä korkeakoulusta.

Työryhmä asetti seksuaaliterveyden ja lisääntymisterveyden jaostot. Seksuaaliterveyden jaoston puheenjohtajana toimi dosentti Elise Kosunen, varapuheenjohtajana ylitarkastaja Marjaana Pelkonen ja jäsenenä yliopettaja Arja Liinamo Helsingin ammattikorkeakoulu Stadiasta, ylilääkäri Dan Apter Väestöliitosta, yliopettaja Katri Ryttyläinen Seksuaaliterveyden osaamiskeskuksesta/Jyväskylän ammattikorkeakoulusta, naistentautien erikoislääkäri Marita Räsänen Kuopion yliopistollisesta sairaalasta, terveydenhoitaja Tiina Verho Tampereen terveystieteiden kes­kuksesta, tutkimusprofessori Petri Ruutu Kansanterveyslaitokselta, projektipäällikkö Maija Ritamo Stakesista ja sihteerinä ylitarkastaja Maire Kolimaa sosiaali- ja terveysministeriöstä. Jaosto kokoontui yhteensä 7 kertaa ja kuuli asiantuntijoina iho- ja sukupuolitautilien erikoislääkäri Eija Hiltunen-Backia HUS:sta, psykologi Riitta Ylikomia Tukiniaisista, kätilö Susanna Ruuhilahtea Tyttöjen talosta, lastenlääkäri Katri Makkosta HUSin Lasten klinikalta, TtT Riikka Pötsöstä, tutkija Tuire Sannisto Tampereen yliopistosta, seksuaaliterapeutti Riitta Ala-Luhtalaa Kataja ry:stä, projektikoordinaattori Eija Hukkaa Kansanterveyslaitokselta, tutkimusprofessori Marjukka Mäkelää FinOHTA:sta, LKT Markku Kalliota Terveystieteiden tutkimuskeskuksesta/Duodecim, kehittämisspää­llikkö Mika Gissler Stakesista ja dosentti Osmo Kontulaa Väestöliiton Väestöntutkimuslaitokselta.

Lisääntymisterveyden jaoston puheenjohtajana toimi professori Risto Erkkola, varapuheenjohtajana ylitarkastaja Marjukka Vallimies-Patomäki ja jäsenenä kehittämisspää­llikkö Mika Gissler Stakesista, yliopettaja Leena Hannula Helsingin ammattikorkeakoulu Stadiasta, kätilö Rakel Lähdeaho Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiristä, kätilö-terveydenhoitaja Terhi Tasanen Tampereen sosiaali- ja terveystoimesta, professori Katri Vehviläinen-Julkunen Kuopion yliopistosta ja sihteerinä TtT Hanna-Leena Melender Turun yliopistosta. Jaosto kokoontui yhteensä 8 kertaa. Asiantuntijoina jaosto kuuli ylilääkäri Iina Autti-Rämöä Stakesista, tutkija Anne Salosta Tampereen yliopistosta, erityisasiantuntija Pentti Ikkonen sosiaali- ja terveysministeriöstä sekä ylilääkäri Ulla Idänpään-Heikkilää Stakesista. Lisäksi jaosto sai kirjallisia ehdotuksia kehittämisspää­llikkö Maarit Andersenilta Ensi- ja turvakotien liitosta, laboratorionjohtaja Mika Salmiselta Kansanterveys­laitokselta ja erikoislääkäri Eeva Salolta HYKSin Lasten ja nuorten sairaalasta.

Toimintaohjelman kirjoittajina ovat toimineet dosentti Elise Kosunen ja TtT Hanna-Leena Melender.

Saatuaan työnsä valmiiksi työryhmä jättää kunnioittavasti esityksensä toimintaohjelmaksi sosiaali- ja terveysministeriölle.

Saatuaan työnsä valmiiksi työryhmä jättää kunnioittavasti esityksensä toimintaohjelmaksi sosiaali- ja terveysministeriölle.

Helsingissä 24. päivänä tammikuuta 2007

Kimmo Leppo

Maijaliisa Junnila

Katriina Bildjuschkin

Sirkka Jakonen

Lasse Kannas

Ritva Larjomaa

Heidi Manns-Haatanen

Seppo Saarikoski

Erkki Vartiainen

Elise Virnes

Maija Ritamo

Dan Apter

Leila Hammarberg

Merja Kumpula

Arto Salo

Mia Venhola

Risto Erkkola

Elise Kosunen

Marjaana Pelkonen

Marjukka Vallimies-Patomäki

Maire Kolimaa

1 JOHDANTO

Nykytila ja tausta

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen on noussut 2000-luvulla eurooppalaisen terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen asialistalle. Maiden väliset erot seksuaali- ja lisääntymisterveydessä ovat Euroopassa suuria ja ongelmat maittain erilaisia historiallisista, kulttuurillisista ja kansantaloudellisista tekijöistä johtuen. Maailman terveysjärjestö WHO rohkaiseekin sekä globaalissa että Euroopan alueen strategiassa jäsenmaitaan laatimaan maakohtaiset seksuaali- ja lisääntymisterveyden ohjelmansa omista lähtökohdistaan (WHO 2001 ja 2004). Euroopan Unioni on kiinnittänyt päätöslauselmassaan huomiota mm. nuorten seksuaali- ja lisääntymisterveyden parantamiseen (EU 2002).

Suomessa on viime vuosia tehty lainsäädännön uudistuksia ja muutoksia, jotka liittyvät hedelmöityshoitoihin, sikiön poikkeavuuksien seulontaan, vanhempainvapaaseen sekä samaa sukupuolta olevien parisuhteen rekisteröintiin. Myös monissa sosiaali- ja terveysministeriön suosituksissa ja toimintaohjelmissa on käsitelty seksuaali- ja lisääntymisterveyttä osana laajempia kokonaisuuksia. Palvelujärjestelmää ei ole kuitenkaan tarkasteltu kokonaisuutena seksuaali- ja lisääntymisterveyden näkökulmasta, eikä eri toimialat ja hallinnontasot kattavaa kansallista toimintaohjelmaa ole laadittu.

Lisääntymisterveyden ja siihen liittyvien palveluiden kehittämistä on viimeksi linjattu vuonna 1999 suosituksissa äitiyshuollon seulontatutkimuksista ja yhteistyöstä (Stakes 1999). Uudet ohjeet sikiöseulonnoista on tarkoitus antaa kunnille vuonna 2007. Ohjeita seksuaaliterveyden edistämisestä on annettu kouluterveydenhuollon oppaassa (Stakes 2002) ja laatusuosituksessa (STM 2004), lastenneuvolaoppaassa (STM 2004) ja opiskeluterveydenhuollon oppaassa (STM 2006). Muita seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyviä ohjelmia ovat Toimintaohjelma lähi- ja parisuhdeväkivallan ehkäisemiseksi 2004–2007 sekä HIV-asiantuntijatyöryhmän laatima HIV-strategia (STM 2002). Perhepolitiikkaa on linjattu perhepoliittisessa strategiassa (STM 2003). Perheiden hyvinvointia on tuettu vuoden 2007 alusta korottamalla äitiys- ja vanhempainrahaa ja tekemällä isäkuukauden pitäminen aikaisempaa joustavammaksi. Lastensuojelulain uudistuksessa (HE 252/2006) korostetaan lasten ja nuorten kasvuolojen kehittämistä ja vanhempien tukemista heidän kasvatustehtävässään osana ehkäisevää lastensuojelua.

Suomessa väestön seksuaali- ja lisääntymisterveyden tila on tilastollisesti tarkasteltuna hyvä kansainvälisestäkin vertaillen. Äitiyshuollon perinteiset osoittimet äitiyskuolleisuus, perinataalikuolleisuus sekä keskosena ja pienipainoisena syntyneiden osuudet syntyneistä ovat jo pitkään olleet maailman alhaisempia. Raskauden keskeytysten määrä on pysynyt kohtuullisena, eikä HIV-epidemia ole levinnyt. Tilastojen näkökulmastakin haasteita silti on, sillä raskaudenkeskeytys- ja sukupuolitautitilastot ovat kehittyneet huonompaan suuntaan 1990-luvun puolivälin jälkeen. Synnytykset fertiili-ikänsä loppupuolella ja hedelmättömyys siihen liittyvine hoitoineen ovat yleistyneet.

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden alueella on nähtävissä uhkatekijöitä, joiden taustalla ovat kansainväliset yhteiskunnalliset ja kulttuuriset muutokset. Näihin haasteisiin ei voi vastata pelkästään terveydenhuollon keinoin. Lisääntyvä alkoholin ja huumeiden käyttö altistaa seksuaaliselle riskikäyttäytymiselle ja väkivallalle. Länsimaisen yhteiskunnan ylierotisoituminen on ilmiö, joka tavoittaa ylikansallisen median ja massaviihteen kautta laajat kansanjoukot. Suomessa ylierotisoitumisen aikakausi alkoi 1990-luvun alussa (Nikunen ym. 2005). Ilmiö näkyy paitsi mainonnassa,

aikakauslehtien sisällöissä, sähköisissä viestimissä ja viihdeteollisuudessa myös pukeutumiskulttuurissa lapsuutta myöten.

Erityisen haavoittuvia seksuaalisvähemmistöille viestinnälle ovat nuoret, jotka eivät kykene tietojensa ja vähäisen elämäkokemuksensa varassa arvioimaan saamaansa informaatiota suhteessa omaan ikäkauteensa. Liian aikaiset seksikontaktit sekä altistuminen seksuaaliselle hyväksikäytölle ovat pahimmillaan seurausta vääristyneistä mielikuvista ja käsityksistä. Näistä on jo selviä merkkejä suomalaisessakin yhteiskunnassa. Ylierotisoitunut kulttuuri vaikuttaa myös aikuisten parisuhteisiin luomalla epärealistisia odotuksia ja suorituspaineita. Vaikka seksuaalinen ilmapiiri on näennäisesti vapautunut, aikuisten tyytyväisyys omaan seksielämäänsä on heikentynyt 1990-luvulla (Haavio-Mannila ja Kontula 2001). Parisuhteista osassa voidaan huonosti, mikä näkyy parisuhdeväkivaltana ja suurina erolukuina.

Toimintaohjelman lähtökohdat

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden käsitteet määriteltiin YK:n Kairossa pidetyssä väestö- ja kehityskonferenssissa vuonna 1994, mutta siitä huolimatta kansainvälinen terminologia ei ole vakiintunutta. Tässä toimintaohjelmassa seksuaaliterveys ja lisääntymisterveys ymmärretään lähikäsitteiksi, jotka ovat osin päällekkäisiä. Käsitteisiin sisältyvät myös hyvinvoinnin ulottuvuus sekä seksuaali- ja lisääntymisterveyden oikeudet. Tätä määrittelytapaa on käytetty yleisesti 2000-luvun eurooppalaisessa keskustelussa.

Toimintaohjelmassa seksuaali- ja lisääntymisterveys ymmärretään osaksi kansanterveyttä ja seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen osaksi terveyden edistämistä. Terveyden edistämistä on vahvistettu vuoden 2006 alussa voimaan tulleissa kansanterveyslain uudistuksissa ja linjattu Sosiaali- ja terveystieteiden strategioissa 2015 (STM 2006), Terveys 2015 –kansanterveysohjelmassa (STM 2001) sekä Terveyden edistämisen laatusuosituksessa (STM 2006). Laatusuositus sisältää liitteen, jossa käsitellään seksuaaliterveyden edistämistä kuntatasolla.

Tämän toimintaohjelman valmistuminen ajoittuu vaiheeseen, jossa terveyden edistäminen on kaikkiaan vahvassa muutosvaiheessa ja uudistaville ajatuksille on sosiaalinen tilaus. Terveyden edistämisen keskeisiä haasteita on sosioekonomisten terveyserojen kaventaminen. Myös huono seksuaali- ja lisääntymisterveys näyttää kasautuvan niille, joilla muutenkin on paljon terveyttä vaarantavia riskitekijöitä. Ministeriössä on käynnistetty kansallisen strategian ja toimintasuunnitelman valmistelu terveyserojen kaventamiseksi. Stakesin, Kansanterveyslaitoksen ja Työterveyslaitoksen TEROKA-hankkeessa kootaan tietoa terveyseroista ja kehitetään toimintamalleja sosiaaliryhmien välisten terveyserojen kaventamiseksi (www.teroka.fi). Kunta- ja palvelurakennemuutoksella on tarkoitus muuttaa perusterveydenhuollon järjestämisen perusta oleellisesti ja luoda uusia rakenteita. Ajankohta on otollinen myös seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen kehittämiseksi osana palvelukokonaisuutta. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen palvelurakenteessa on puutteita kunta-, alue- ja kansallisella tasolla.

Muita lähtökohtia toimintaohjelman laatimiselle ovat palvelujen riittämättömyys ja epätasainen jakautuminen etenkin syrjäytymisvaarassa olevien ja vähemmistöryhmien näkökulmasta sekä uudet hoitokäytännöt ja menetelmät, jotka pitäisi juurruttaa osaksi terveys- ja sosiaalipalveluja. Kansallisen terveydenhuollon hankkeen viimeisenä vuonna 2007 keskeisiä kehittämiskohteita ovat terveyskeskustoiminta ja terveyden edistäminen. Myös sosiaalialan kehittämishankkeissa on yhtymäkohtia seksuaali- ja lisääntymisterveyden palveluiden kehittämiseen.

Toimintaohjelman tavoitteet, keskeinen sisältö, kohderyhmät ja rajaukset

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelman tavoitteena on väestön ja yksilöiden hyvän seksuaali- ja lisääntymisterveyden vahvistaminen. Ohjelmassa linjataan lähivuosien seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämistyötä, sen johtamista, palvelurakennetta, toimintatapoja ja osaamisen kehittämistä. Väestön tietoutta seksuaali- ja lisääntymisterveydestä on parannettava, ja monipuolinen neuvonta on integroitava osaksi sosiaali- ja terveyspalveluja. Raskauden keskeytysten, ei-toivottujen raskauksien ja sukupuolitautilien ehkäisemiseksi on lisättävä kondomin käyttöä ja korostettava molempien osapuolten vastuullista käyttäytymistä seksuaalisuhteessa. Raskauden ajan, synnytysten ja synnytyksen jälkeisessä hoidossa tavoitteena on varmistaa syntyvän lapsen ja äidin terveys ja hyvinvointi, tukea vanhemmuutta, kehittää erityisryhmien palveluita sekä vastata palvelutarpeeseen entistä yksilöllisemmin. Toimintaohjelmassa kiinnitetään erityistä huomiota seksuaalisen väkivallan varhaisen tunnistamisen ja hoidon sekä ennalta ehkäisyn kehittämiseen. Tavoitteiden toteutumisen keskeisinä edellytyksinä ovat seksuaali- ja lisääntymisterveyden osaamisen vahvistaminen ja palvelurakenteen kehittäminen.

Koska kyseessä on monialainen ja monitieteinen ohjelma, sen toimeenpano perustuu eri sektorien ja hallinnonalojen yhteistyöhön. Ohjelma on tarkoitettu sosiaali- ja terveydenhuollon johdolle, henkilöstölle, keskeisille yhteistyötahoille ja luottamushenkilöille. Keskeisiä kohderyhmiä ovat myös sosiaali- ja terveysalan opettajat ja opiskelijat sekä peruskoulujen ja lukioiden terveys-tiedon opettajat ja näitä opettajia kouluttavat tahot. Ohjelma kattaa 15 aihekokonaisuutta, joille on asetettu tavoitteet ja toimenpide-ehdotukset vuoteen 2010. Kansallisella tasolla ehdotetaan perustettavaksi seksuaali- ja lisääntymisterveyden asiantuntijakeskus sekä kansallinen koordinaatio- ja yhteistyöelin. Alueellisella tasolla sairaanhoitopiireissä ehdotetaan nimettäväksi seksuaali- ja lisääntymisterveyden yhteyshenkilö ja perustettavaksi alueellinen työryhmä. Paikallisella tai seudullisella tasolla seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämistyön koordinoitua ehdotetaan kuntien tai useamman kunnan yhteisen terveyden edistämisen yhteistyöryhmän tehtäväksi.

Toimintaohjelma on valmisteltu työryhmän saaman tehtäväksiannon mukaisesti, joka rajaa käsitellyt aihepiirit. Ohjelmassa ei käsitellä aiheita, joista on hiljattain annettu kattava ohjeistus kuten lasten seksuaalisesta hyväksikäytöstä (Taskinen 2003) tai tärkeät uudistukset olivat kesken työryhmän työn aikana (hedelmöityshoidot). Ulkopuolelle on jätetty myös aiheet, joihin vaikuttamiseen tarvitaan kansainvälistä yhteistyötä, kuten ihmiskaupan ja prostituution ehkäiseminen ja hoito.

LÄHTEET

- Haavio-Mannila E ja Kontula O. 2001. Seksin trendit: Meillä ja naapureissa. WSOY, Helsinki.
- HE 252/2006. Hallituksen esitys Eduskunnalle lastensuojelulaiksi ja eräiksi siihen liittyviksi laeiksi. Valtion säädöstietopankki.
Luettavissa: <http://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2006/20060252>. Luettu: 10.1.2007.
- Kouluterveydenhuolto 2002. Opas kouluterveydenhuollolle, peruskouluille ja kunnille. Stakes Oppaita 51. Helsinki.
- Nikunen K, Paasonen S, Saarenmaa L. 2005. Jokapäiväinen pornomme – media, seksuaalisuus ja populaarikulttuuri. Vastapaino.
- Stakesin perhesuunnittelun ja äitiyshuollon asiantuntijaryhmä, Kirsi Viisainen (toim.). Seulonta-tutkimukset ja yhteistyö äitiyshuollossa, suositukset 1999. Stakes Oppaita 34. Jyväskylä, 1999.
- STM. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:14. Helsinki.
- STM. Suomen Kuntaliitto. Kouluterveydenhuollon laatusuositus. Oppaita 2004:8. Helsinki.
- STM. Sosiaali- ja terveystieteiden strategiat 2015. – kohti sosiaalisesti kestäväää ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. Julkaisuja 2006:14. Helsinki.
- STM. Suomen kansallinen HIV/AIDS –strategia. työryhmämuistioita 2002:1. Helsinki.
- STM. Terveystieteiden edistämisen laatusuositus. Julkaisuja 2006:19. Helsinki.
- STM. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveystieteet 2015 –kansanterveysohjelmasta. Julkaisuja 2001:4. Helsinki.
- STM. Lähisuhde- ja parisuhdeväkivallan ehkäiseminen 2004-2007. Esitteitä 2004:9. Helsinki.
- STM. Opiskeluterveydenhuollon opas. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:12. Helsinki, 2006.
- Taskinen S (toim.) 2003. Lapsen seksuaalisen hyväksikäytön ja pahoinpitelyn selvittäminen. Asiantuntijaryhmän suositukset sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle. Oppaita 55. Stakes, Helsinki.
- WHO. WHO Regional strategy on sexual and reproductive health. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2001.
- WHO. Reproductive health strategy. Geneva. 2004.

2 SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYDEN OIKEUDET

Kansainvälinen tausta

Seksuaali- ja lisääntymisterveydestä alettiin puhua oikeuksien näkökulmasta vuonna 1994 pidetyn Kairon väestö- ja kehityskonferenssin jälkeen. Kairon toimintaohjelmassa luovuttiin väestönkasvun rajoittamisen näkökulmasta lähteneistä tavoitteista, jotka olivat usein johtaneet yksilön kannalta epäinhimillisiin toimenpiteisiin. Tilalle tulivat yksilön ja ihmisoikeuksien näkökulmasta lähtevät tavoitteet, joihin kaikki 179 osanottajamaata sitoutuivat. Kairon kokouksessa määriteltiin seksuaali- ja lisääntymisterveyden käsitteet, ja niitä koskevat oikeudet liitettiin osaksi yleismaailmallisia ihmisoikeuksia (UNFPA 2004). Kairon asiakirjoissa kiinnitettiin ensimmäisen kerran huomiota siihen, että myös nuorisolla on oikeus seksuaali- ja lisääntymisterveyden palveluihin.

Ihmisoikeuksista lähtevä ajattelu sai jatkoa vuonna 1995, jolloin Pekingin naistenkonferenssissa tunnustettiin, että naisten ihmisoikeudet sisältävät oikeuden vapaasti ja vastuullisesti päättää seksuaalisuuteen liittyvistä asioistaan. Kansainvälinen perhesuunnittelujärjestö (IPPF) julkaisi samana vuonna 12-kohtaisen seksuaali- ja lisääntymisterveysoikeuksien julistuksen (IPPF 1995).

2000-luvulla seksuaali- ja lisääntymisterveyttä on alettu eurooppalaisissa asiakirjoissakin käsitellä oikeuksien näkökulmasta lähtien. Euroopan parlamentti on julkaissut päätöslauselman (2002) ja Euroopan neuvosto laatinut strategian (2004) seksuaali- ja lisääntymisterveydestä ja niihin liittyvistä oikeuksista. Maailman terveysjärjestön on julkaissut Euroopan alueen strategian (WHO 2001). Keskeisiä asioita seksuaali- ja lisääntymisterveyden oikeuslähtöisessä ajattelussa ovat yksilöiden ja parien oikeus itse päättää lastensa lukumäärästä ja lasten ajoittumisesta. Sen toteuttamiseksi ihmisillä on oikeus saada seksuaali- ja lisääntymisterveyttä koskevaa tietoa ja palveluita tarpeidensa mukaan. YK:n yleiskokouksen joulukuussa 2006 hyväksymään yleissopimukseen vammaisten oikeuksista sisältyy terveysartikla, jossa mainitaan erikseen seksuaali- ja lisääntymisterveys. Suomi on allekirjoittanut sopimuksen.

Oikeudet suomalaisessa lainsäädännössä

Suomalaisessa lainsäädännössä terveyspalveluihin liittyvistä oikeuksista säädetään perustuslaissa ja laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992, jäljempänä potilaslaki). Perustuslain mukaan julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä.

Potilasaki säättää potilaan oikeudesta hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon sekä siihen liittyvään kohteluun, itsemääräämiseen ja tiedon saamiseen. Lain mukaan hoito on järjestettävä ja potilasta kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata ja että hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan. Potilaan äidinkieli, hänen yksilölliset tarpeensa ja kulttuurinsa on mahdollisuuksiensa mukaan otettava huomioon hänen hoidossaan ja kohtelussaan. Potilaan osallistuminen hoitoaan koskevaan päätöksentekoon perustuu terveydenhuollon yleisiin oikeusperiaatteisiin ja lainsäädäntöön. Terveydenhuollon yleisten oikeusperiaatteiden mukaan potilaan kohtelussa on noudatettava integriteettiperiaatetta sekä otettava huomioon potilaan omat toivomukset ja edistettävä hänen omatoimisuuttaan ja osallistumistaan (Tuori 1995).

Itsemääräämisoikeudella tarkoitetaan potilaan oikeutta päättää henkilökohtaiseen koskemattomuuteensa puuttumisesta. (HE 185/1991 vp.) Tämä edellyttää, että potilasta hoidetaan yhteisym-

määräyksessä hänen kanssaan tai että hoidosta päätettäessä on kuultava hänen laillista edustajaansa, omaistaan tai läheistään. Potilaan kieltäytyessä tietystä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. Kiireellistä hoitoa vaativissa tilanteissa on annettava tarpeellinen hoito, vaikka potilaan tahdosta ei saataisi selvitystä.

Potilaan tiedonsaantioikeus edellyttää selvityksen antamista hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, laajuudesta, riskitekijöistä, epäonnistumismahdollisuuksista sekä hoitovaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista. Selvitys on annettava siten, että potilas ymmärtää sen sisällön riittävästi.

Vaikka hoidossa on mahdollisuuksien mukaan otettava huomioon potilaan yksilölliset tarpeet (L 785/1992), potilaalla ei ole oikeutta saada mitä tahansa hoitoa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004.) Hoitoa koskevan päätöksenteon lähtökohtana on potilaan terveydentilaan perustuva tarveperiaate, ja hoidon tarpeen arvioinnin tulee perustua lääketieteellisesti hyväksyttäviin kriteereihin. Hoidon tarpeen arvioi ja hoidosta päättää terveydenhuollon ammattihenkilö, viime kädessä lääkäri. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004)

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden palveluissa eräs kriittinen keskustelun aihe on ollut alaikäisten oikeus luottamuksellisiin palveluihin. YK:n lapsen oikeuksien sopimuksen 12. artiklan mukaan lapselle, joka kykenee muodostamaan omat näkemyksensä, taataan oikeus vapaasti ilmaista nämä näkemyksensä kaikissa häntä koskevissa asioissa. Lapsen näkemykset on otettava huomioon lapsen iän ja kehitystason mukaisesti. (Yleissopimus lapsen oikeuksista 1989).

Suomessa laki potilaan asemasta ja oikeuksista säätelee alaikäisen oikeuksista samassa hengessä kuin kansainvälinen lapsen oikeuksien sopimus. Lain 7. pykälän mukaan alaikäistä on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan, jos hän ikänsä ja kehitystasonsa perusteella pystyy päättämään hoidostaan. Jos näin on, niin lain pykälän 9.2 hänellä on myös oikeus kieltää terveydentilaansa tai hoitoaan koskevien tietojen antaminen huoltajalleen tai muulle lailliselle edustajalleen. Luottamuksellisuus koskee silloin myös alaikäisen potilasasiakirjoja. Käytännön tilanteissa esimerkiksi raskauden keskeytystä tai ehkäisyä hoidettaessa alaikäistä neuvotaan ja rohkaistaan kertomaan itse asiasta vanhemmilleen. Mutta jos nuori ei halua niin tehdä, on tilanne joka kerta harkittava yksilöllisesti kokonaistilanteen ja nuoren edun mukaan. Jos alaikäinen arvioidaan kehitystasonsa puolesta kykeneväksi päättämään hoidostaan eikä tilanteeseen liity nuoren kehitystä vaarantavia seikkoja, on hänellä oikeus luottamukselliseen hoitoon. Mutta jos kokonaistilanne ja alaikäisen etu herättää ajatuksen lastensuojelun tarpeesta, menee lastensuojelulain mukainen ilmoittamisvelvollisuus salassapitovelvollisuuden edelle (Kaivosoja ja Perheentupa 2000, Mahkonen 2004).

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000, jäljempänä sosiaalihuollon asiakaslaki) koskee sekä viranomaisen että yksityisen järjestämää sosiaalipalvelua. Sosiaalihuollon asiakaslaki sisältää säännökset sosiaalihuollon asiakkaan itsemääräämisoikeudesta ja osallistumisesta, itsemääräämisoikeudesta erityistilanteissa (kuten sairauden aiheuttama tila), alaikäisen asiakkaan asemasta ja tietojen antamisesta asiakkaalle tai hänen edustajalleen.

LÄHTEET:

- Euroopan parlamentti 2002. Seksuaali- ja lisääntymisterveys ja seksuaali- ja lisääntymisoikeudet. Mietintö. Naisten oikeuksien ja tasa-arvoasioiden valiokunta. Istuntoasiakirja A5-0223/2002 (www.europarl.eu.int/plenary/default_en.htm).
- Euroopan neuvosto 2004. Resolution 1399 (2004). European strategy for the promotion of sexual and reproductive health and rights. (<http://assembly.coe.int/Main.asp?link=/Documents/AdoptedText/ta04/ERES1399.htm>)
- HE 137/1999. Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista sekä sosiaalihuoltolain muuttamisesta ja eräiksi niihin liittyviksi laeiksi. Valtion säädöstietopankki. Luettavissa: <http://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/1999/19990137>. Luettu 29.12.2006.
- HE 185/1991 vp. Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi potilaan asemasta ja oikeuksista. Luettavissa: <http://www.eduskunta.fi>. Luettu: 7.12.2006.
- IPPF Charter on Sexual and Reproductive Rights. International Planned Parenthood Federation. Lontoo, 1995.
- Kaivosoja M, Perheentupa J. Lapset ja nuoret. Teoksessa: Koskenvuo K (toim.): Lääkärintyö ja laki. Kustannus Oy Duodecim. Rauma, 2000.
- L 785/1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Valtion säädöstietopankki. Luettavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785> Luettu 5.4.2006.
- L 812/2000. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista. Valtion säädöstietopankki. Luettavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/2000/20000812>. Luettu 29.12.2006.
- Mahkonen S. Lastensuojeluilmoitus. Gummerus kirjapaino. Jyväskylä, 2003.
- STM. Hoitoon pääsyn turvaaminen. Sosiaali- ja terveysministeriö. Kuntatiedote 10/2004.
- Tuori K. Sosiaalioikeus. WSOY. Helsinki, 1995.
- UNFPA. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden tila maailmassa. 10 vuotta YK:n väestö- ja kehityskonferenssista. Tiivistelmä YK:n väestörahaoston vuosiraportista 2004. Saatavissa: <http://www.vaestoliitto.fi/kehitysyhteistyö/julkaisut/unfpa/>. Luettu: 7.12.2006.
- WHO. Regional Strategy on Sexual and Reproductive Health. Copenhagen 2001. Luettavissa: <http://www.who.dk/document/e74558.pdf> . Luettu 29.12.2006.
- Yleissopimus lapsen oikeuksista 1989. Luettavissa: http://www.ihmisoikeudet.net/Lakijaturva/lakijaturva_3_4_a.html. Luettu 7.12.2006.

3 SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYTEEN LIITTYVÄN NEUVONNAN KEHITTÄMINEN

3.1 Seksuaalineuvonnan integroiminen sosiaali- ja terveyspalveluihin

Seksuaalineuvonnan palvelutarpeen on ennustettu lisääntyvän tulevaisuudessa, sillä nykyiset keski-ikäisten sukupolvet ovat suhteessaan seksuaalisuuteen erilaisia kuin aiemmat sukupolvet. Lääketieteellinen teknologia on luonut apukeinoja, joilla seksuaalisia toimintahäiriöitä voidaan helpottaa, ja uudet ikääntyvien sukupolvet tulevat niitä myös kysymään. Ylierotisoitunut kulttuuri vääristää kuvaa seksuaalisuudesta ja luo epärealistisia odotuksia, joiden vastapainoksi tarvitaan asiallista tietoa ja neuvontaa. Lääkintöhallitus esitti jo vuonna 1980, että seksuaalineuvonnan olisi toteuduttava osana normaaleja palveluja. Ikääntyvien, pitkäaikaissairaiden ja vammaisten seksuaaliset tarpeet ovat kuitenkin palvelujärjestelmässä edelleen tabuluontoinen asia ja jäävät usein huomioimatta.

Väestön näkemyksiä seksuaalineuvonnasta on kartoitettu Suomessa vähän, ja tieto neuvontatarpeesta on hajanaista. Vuoden 1992 FINSEX-tutkimuksessa 6 % pitkäaikaissairaista ilmoitti tarvitsevänsä seksuaalineuvontaa (Nurmi 1993). Myöhemmässä tutkimuksessa (1999) yksi kymmenestä nuoresta ja keski-ikäisestä ilmoitti sairauden häiritsevän seksuaalielämäänsä. Sairauden aiheuttamat haitat yleistyivät huomattavasti iän myötä 50. ikävuoden jälkeen (Haavio-Mannila ja Kontula 2001). Syöpätautien klinikan potilaille tehtyyn kyselyyn vastanneista kolme neljästä piti tarpeellisenä seksuaalisuuteen liittyvien asioiden käsittelyä sairaalassa. Lähes kaikki toivoivat, että aloite tulee lääkäriltä tai hoitajalta, harva oli valmis ottamaan itse asian esille. Informaatiota toivottiin pääosin suullisena. (Kellokumpu-Lehtinen ym. 2003). Jyväskylässä työterveyshuollon ja neuvolan asiakkaille tehtyyn kyselyyn vastanneista kolme neljäsosaa ilmoitti, että olisi tarvinnut seksuaalisuuteen liittyvää neuvontaa jossain elämänsä vaiheessa, yleisimmin nuoruudessa. Yleisimmin toivotut keskustelun aiheet olivat seksuaalinen haluttomuus, parisuhde ja raskausajan seksuaalisuus (Gröhn ym. 1998).

Pitkäaikaissairauksiin liittyvää seksuaalineuvontaa on aiemmin ollut tarjolla lähinnä erityisryhmien kuntoutuksen yhteydessä, kuten selkäydinvammaisten ja MS-potilaiden kuntoutus. Viime vuosina osa keskussairaaloista on kouluttanut henkilökuntaa urologisten, gynekologisten, diabetes- ja syöpäpotilaiden seksuaalineuvontaan. Myös joissakin terveyskeskuksissa on seksuaalineuvojakoulutuksen saaneita työntekijöitä (Sannisto ym. 2006), jotka toimivat pääosin neuvolatyössä. Perusterveydenhuollossa tarvitaan kuitenkin ymmärrystä seksuaalisuudesta lähes kaikissa työtehtävissä. Erityisesti ikääntyvien ihmisten hoidossa hellyyden ja läheisyyden tarpeet jäävät usein huomiotta tai seksuaalisten tarpeiden ilmaukset leimataan epänormaaliksi käyttäytymiseksi.

Seksuaalineuvonta kuuluu oleellisena osana myös ehkäisevän terveydenhuollon palveluihin. Esimerkiksi äitiys- ja lastenneuvolatyössä tulisi antaa enemmän tietoa ja neuvontaa parisuhdevaikeuksien ja pikkulapsiperheiden vanhempien eroamisen ehkäisemiseksi. Äitiyshuollon suositusten mukaan seksuaalineuvonta kuuluu neuvontasisältöihin (Stakesin... 1999). Tuoreen äitiys- ja lastenneuvolaselvityksen mukaan parisuhdetta ja seksuaalisuutta käsiteltiin yleisesti perhevalmennuksessa, mutta alle vuoden ikäisten lasten perheryhmissä huomattavasti vähemmän ja isäryhmissä sekä leikki-ikäisten lasten vanhempien ryhmissä hyvin harvoin (Hakulinen-Viitanen ym. 2005).

Seksuaaliterveyden edistäminen sisältyy useisiin viimeaikaisiin terveydenhuollon suosituksiin. Uusi lastenneuvolatyön opas suosittaa, että neuvolassa keskustellaan lapsen seksuaalisesta kehityksestä osana kokonaiskehitystä. Neuvolassa on oltava valmiuksia keskustella myös vanhempien parisuhteesta ja seksuaalisuudesta (STM 2004). Koulu- ja opiskeluterveydenhuollon oppaat antavat suosituksia seksuaaliterveyden edistämisestä (Kouluterveydenhuolto 2002, STM 2006). Työterveyshuollossa on annettu ohjeita työelämässä esiintyvään seksuaaliseen syrjintään ja häirintään puuttumiseksi (Kauppinen ja Purola 2001). Työterveyshuollosta kysytään apua muiden asioiden ohella seksuaalisiin toimintahäiriöihin.

3.2 Miesten neuvontapalvelut

Seksuaaliterveyteen liittyvät palvelut samoin kuin seksuaali- ja lisääntymisterveyden ohjelmat ovat painottuneet pääosin naisiin. Kansainvälisissä seksuaaliterveyden edistämisen dokumenteissa kiinnitetään huomiota miesten osallisuuden lisäämiseen. Suomalaisessa tutkimuksessa on todettu, että miehet halusivat osallistua enemmän raskauden ehkäisyyn toteuttamiseen ja kustannuksiin (Sihvo ym. 1995). Vaikka neuvolapalveluissa korostetaan parisuhteen ja perheen huomioimista, monet isät kokevat edelleen jäävänsä niissä sivullisiksi (Kaila-Behm 1997, Paavilainen 2003, Messäislehto-Soukka 2005). Yhteydenotot erilaisiin neuvontakanaviin osoittavat, että miehillä on paljon neuvontatarvetta. Sekä kotimaisen että ruotsalaisen tutkimuksen mukaan miehet esittivät yleisimmin sukupuolielimiä koskevia kysymyksiä (Hyryn kangas-Järvenpää 2000, Umefjord 2006).

Väestöliitossa on tarjolla erillisiä miesten seksuaaliterveyspalveluja. Henkilökohtaisten tapaamisten lisäksi neuvontaa saa myös puhelimitse ja verkon kautta (Miehen Aika –nettipalvelut, www.vaestoliitto.fi/miehen_aika/). Alkusysäyksen tämän palvelun rakentamiseen antoi tutkimus 8-luokkalaisten seksuaaliterveystietojen tasosta. Tutkimuksen mukaan pojat tiesivät kaikista kysytyistä alueista vähemmän kuin tytöt (Kontula ym. 2001). Väestöliiton kokemukset osoittavat, että etenkin nuorilla miehillä on runsaasti neuvonta- ja palvelutarvetta tavallisissa, omaa seksuaalista kehitystä ja suoriutumista koskevissa kysymyksissä. Miesten kriisikeskuksessa asioineilla miehillä yhteydenoton viisi yleisintä syyloukkaa olivat erokriisi, psyykinen ja fyysinen terveys, parisuhdeongelma, oma väkivaltaisuus ja päihdeongelma. Seksuaaliongelma oli pääsyy yhteydenottoon noin parilla prosentilla. Lähes kaikkien kanssa seksuaalisuus kuitenkin tuli esille asiakastyöskentelyssä ja noin joka kymmenennen asiakkaan kanssa käytiin laajempia siihen liittyviä keskusteluja (Ensi- ja turvakotien liitto 2006).

3.3 Erityisryhmien neuvontapalvelut

Kolmannella sektorilla on paljon toimijoita, joiden palveluihin sisältyy neuvonta seksuaalisuuteen, seksuaaliterveyteen ja parisuhteeseen liittyvissä kysymyksissä (liite 1). Toiminnot on suunnattu usein joillekin erityisryhmille, mutta palvelevat ketä tahansa neuvoja tarvitsevaa. Esimerkiksi Suomen Punainen Ristin ja HIV-säätiön AIDS-tukikeskuksen kautta voi saada tukea ja neuvontaa paitsi HI-virukseen myös muissa seksuaaliterveyteen liittyvissä asioissa.

Seksuaali- ja sukupuolivähemmistöjen asemaa julkisten sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttäji-

nä ei ole Suomessa tietävästi tutkittu. Ulkomaisissa tutkimuksissa on todettu seksuaalivähemmistöihin kuuluvien kaihtavan tavanomaisia terveyspalveluja, koska he kokevat palvelut syrjivinä tai eivät koe saavansa ongelmiaan tyydyttävästi käsitellyiksi. Tämä johtaa terveyspalveluiden alikäyttöön ja mahdollisesti pitkällä aikavälillä heikompaan terveydentilaan. (AMA 1996.)

Seksuaali- ja sukupuolivähemmistöille suunnatut erityispalvelut ovat Suomessa kolmannen sektorin järjestämiä. SETA:lla on 12 alueellista jäsenjärjestöä, joista suurimmalla osalla on omaa sosiaalipalvelutoimintaa. Helsingin SETA:n yhteydessä toimii Transtukipiste, jonka perustehtävä on tarjota ja kehittää psykososiaalisia tukipalveluja sukupuolivähemmistöille ja sukupuoli-identiteettikysymyksissä tukea sitä tarvitseville sekä heidän perheilleen. Seksuaalipoliittinen yhdistys ”Sexpo-säätiö” antaa informaatiota ja verkkopohjaista neuvontaa kaikenlaisissa seksuaalisuutta käsittelevissä kysymyksissä, lukuunottamatta lääketieteellisiä asioita. Lisäksi Sexpo-säätiö antaa konsultaatioita ammattilaisille ja järjestää koulutusta. Helsingissä Sexpo-säätiön kautta on saatavissa myös seksuaaliterapiapalveluja.

Valtaväestöstä poikkeavan kulttuuritaustan omaavien osuus väestöstä kasvaa jatkuvasti. Perinteisten omien vähemmistökulttuuriemme lisäksi palveluammateissa tarvitaan yhä laajenevaa monikulttuurista asiantuntemusta maahanmuuton yleistyessä. Seksuaaliterveyden aihealueilla kulttuuristen näkemysten eroavaisuudet tulevat selvästi esiin. Ilman riittävää valmentautumista monikulttuuriset kohtaamiset palvelujärjestelmässä aiheuttavat pettymyksiä niin asiakkaille kuin työntekijöille, kuten Suomen somaliväestön keskuudessa tehty tutkimus osoittaa (Degni 2004).

Suurissa kaupungeissa on laadittu maahanmuuttajille materiaaleja heidän äidinkielellään. Väestöliiton Kotipuu tarjoaa sosiaali- ja terveydenhuollon sekä koulutuksen ammattilaisille koulutusta ja konsultaatiota vanhemmuuteen liittyvissä monikulttuurisuuskysymyksissä. Ihmisoikeusliitto ry:n asiantuntijaryhmä on laatinut suosituksen sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle tyttöjen ja naisten ympärileikkauksesta Suomessa ja tuottanut sitä tukevan opetusfilmin (KokoNainen, The Whole Woman, Idil). Ihmisoikeusliitto järjestää myös koulutusta asiasta.

Pro-Tukipiste tuottaa palveluita prostituutiota tai muuta seksityötä tekeville tai tehneille. Matalan kynnyksen sosiaali- ja terveyspalveluja on tarjolla pääkaupunkiseudulla, puhelinneuvontaa on saatavissa valtakunnallisesti. Syksystä 2006 lähtien palveluita on ollut tarjolla myös miehille (Pro-Urho).

Vammaisten ihmisten seksuaalisuus on usein edelleen tabu. Sekä vammaisten läheisillä että vammaisille palveluita tuottavalla ammattihenkilöstöllä on vaikeuksia suhtautua vammaisen henkilön seksuaalisuuteen ja tarpeiden ilmaisuun. Vammaisella henkilöllä voi itselläänkin olla kasvatuksen myötä kehittyntä itsearvostuksen puutetta ja kelpaamattomuuden tunteita, jolloin kaiken yhteisvaikutuksena seksuaalisuudesta muodostuu vammaiselta kielletty elämäalue. Pahimmillaan kieltämisestä johtuva tietämättömyys ja sosiaalinen kokemattomuus voi johtaa erilaiseen väkivaltaan ja hyväksikäyttöön, jolle altistuvat erityisesti kehitysvammaiset tytöt ja nuoret naiset (Viemerö 2001).

Tavoitteet:

- seksuaalineuvontaa on saatavissa integroituna normaaleihin terveydenhuollon palveluihin
- seksuaalineuvonta toteutuu tasa-arvoisesti asiakkaan tarpeen mukaan riippumatta asiakkaan sukupuolesta, iästä, kulttuuritaustasta tai muista yksilöllisistä ominaisuuksista

Toimenpiteet:

1. Perusterveydenhuollon ehkäisevään työhön integroidaan seksuaaliterveyden edistämisen näkökulma
 - äitiys- ja ehkäisyneuvonnan yhteydessä annetaan parisuhdetta ja seksuaalisuutta koskevaa neuvontaa sekä raskauden aikana (henkilökohtaisessa neuvonnassa ja perhevalmennuksessa) että synnytyksen jälkeen.
 - lastenneuvolassa keskustellaan lapsen seksuaalisesta kehityksestä ja ohjataan vanhempia tukemaan tasapainoista kehitystä seksuaaliterveyden näkökulmasta. Tarvittaessa keskustellaan vanhempien kanssa seksuaalisuuteen liittyvistä kysymyksistä myös parisuhteessa
 - koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa tuetaan nuoren seksuaaliterveyden kehitystä annettujen suositusten mukaisesti (liite 2)
 - työterveyshuollossa toimivat kehittävät valmiuttaan käsitellä seksuaalisuuteen liittyviä kysymyksiä
 - ikääntyvien palveluissa huomioidaan seksuaalisuus ja neuvonnan tarve
2. Sairauksien hoitoon integroidaan seksuaaliterveyden edistämisen näkökulma
 - sairauksien ja hoitotoimenpiteiden vaikutukset seksuaaliseen toimintakykyyn huomioidaan hoitoon liittyvässä neuvonnassa ja ohjauksessa sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa
 - jokaisen terveyskeskuksen käytettävissä on ainakin yksi seksuaalineuvojan täydennyskoulutuksen saanut työntekijä, jolla on valmiudet myös erityisryhmien neuvontaan (seksuaali- ja sukupuolivähemmistöt, vammaiset, maahanmuuttajat)
 - jokaisessa sairaanhoitopiirissä on asiantuntijoiden hyväksymän erikoiskoulutuksen saaneita työntekijöitä, jotka antavat erikoissairaanhoidon liittyvää seksuaalineuvontaa ja konsultaatioapua eri klinikoille sekä koordinoivat alueellista koulutusta
 - sairaanhoitopiirit huomioivat alueellisissa koulutuksissa seksuaaliterveyden edistämisen sekä oman aihealueenaan että sairauksien hoitoon ja kuntoutukseen integroituna näkökulmana
3. Seksuaalineuvontapalveluissa otetaan huomioon sukupuolten välinen tasa-arvo
 - nuorten palvelukontakteissa koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa sekä nuorisoneuvolassa huomioidaan poikien ja nuorten miesten neuvontatarve
 - erityisesti miehille suunnattuja neuvontapalveluita lisätään ja muotoja sekä sisältöjä kehitetään
4. Seksuaalineuvontapalveluissa otetaan huomioon erilaisten vähemmistöryhmien tarpeet
 - seksuaali- ja sukupuolivähemmistöihin kuuluvilla on mahdollisuus saada asiantuntevaa neuvontaa oman alueensa julkisten sosiaali- ja terveyspalveluiden piirissä
 - Kunnallisten palveluiden työntekijät osaavat ohjata seksuaali- ja sukupuolivähemmistöihin kuuluvia asiakkaita järjestöjen antaman erityistiedon ja palvelujen piiriin.
 - maahanmuuttajien ja pakolaisten kulttuuritausta huomioidaan seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvässä neuvonnassa
 - vammaisten palveluihin integroidaan seksuaalisuuteen ja seksuaaliterveyteen liittyvää neuvontaa ja ohjausta
5. Ammattilaisten valmiuksia seksuaalineuvontaan lisätään perus- ja täydennyskoulutusta kehittämällä (ks. luku 14), huolehtimalla ajantasaisen materiaalin helposta saatavuudesta sekä ottamalla aihe huomioon johtamisessa

LÄHTEET:

- AMA. Health care needs of gay men and lesbians in the United States. Council Report. American Medical Association. JAMA 1996;275(17):1354-9.
- Aspegren M, Pelttari R. Perhesuunnittelusta seksuaaliterveyteen. Opinnäytetyö. Seksuaalineuvokoulutus 1999–2000. Jyväskylän ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysala, 1998.
- Degni F. The Social and Cultural Determinants of the Use of Contraception among Married Somali Woman Living in Finland. Stakes. Tutkimuksia 148. Helsinki, 2004.
- Ensi- ja turvakotien liitto ry. Sanasta miestä. Kokemuksia miesten kriisityöstä. Ensi- ja turvakotien liiton julkaisu 36. Helsinki, 2006.
- Gröhn E, Jaakkola K, Ala-Luhtala R. Seksuaalisen terveyden edistäminen Jyväskylän kaupungin sosiaali- ja terveystalokeskuksessa. Opinnäytetyö. Seksuaalineuvokoulutus. Jyväskylän ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysala. Jyväskylä, 1998.
- Haavio-Mannila E, Kontula O. Seksin trendit meillä ja naapureissa. Juva: WSOY; 2001.
- Hakulinen-Viitanen T, Pelkonen M, Haapakorva A. Äitiys- ja lastenneuvolatyö Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:22. Helsinki, 2005.
- Hyrynkangas-Järvenpää P. Lääkärin puhelinneuvonta. Tampereen yliopisto. Lääketieteen laitos. Acta Universitatis Tamperensis 733. Tampere, 2000.
- Kaila-Behm A. Miehestä esikoisen isäksi. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 49. Kuopion yliopiston painatuskeskus. Kuopio, 1997.
- Kauppinen K, Purola M. Flirtti – Häirintä – Jännite. Seksuaalinen ahdistelu työpaikalla. Työterveyslaitos. Helsinki, 2001.
- Kellokumpu-Lehtinen P, Väisälä L, Hautamäki K. Syöpä ja seksuaalisuus. Duodecim 2003;119:237-46.
- Kontula O, Cacciatore R, Apter D ym. Koululaisten tiedot seksuaaliterveydestä. Väestöliitto, Väestötutkimuslaitos. Katsauksia E 11/2001. Helsinki, 2001.
- Kouluterveydenhuolto 2002. Opas kouluterveydenhuollolle, peruskouluille ja kunnille. Stakes Oppaita 51. Saarijärvi, 2002.
- Mesiäislehto-Soukka H. Perheenlisäys isien kokemana – fenomenologinen tutkimus. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulu, 2005.
- Nurmi T. Aikuisväestön seksuaalineuvonta sairaanhoidossa. Kirjassa: Kontula O, Haavio-Mannila E, toim. Suomalaisten seksi. Tietoa suomalaisten sukupuolielämän muutoksesta. Juva: WSOY; 1993.
- Paavilainen R. Turvallisuutta ja varmuutta lapsen odotukseen. Äitien ja isien kokemuksia raskaudesta ja äitiyshuollosta. Acta Universitatis Tamperensis 906. Tampere, 2003.
- Sannisto T, Mattila K, Kosunen E. Raskauden ehkäisyneuvonta terveyskeskuksissa. Suomen Lääkärilehti 2006 (lähetetty julkaistavaksi).
- Sihvo S, Rahkonen O, Hemminki E. Unohdettu sukupuoli? Miesten rooli perhesuunnittelussa. Suomen Lääkärilehti 1995;50:3851-5.

- Stakesin perhesuunnittelun ja äitiyshuollon asiantuntijaryhmä, Kirsi Viisainen (toim.). Seulontatutkimukset ja yhteistyö äitiyshuollossa, suositukset 1999. Stakes Oppaita 34. Jyväskylä, 1999.
- STM. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:14. Helsinki, 2004.
- STM. Opiskeluterveydenhuollon opas. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:12. Helsinki, 2006.
- Umfjord G. Internet consultations in medicine. Umeå University Medical Dissertations. New series No 1034. Umeå, 2006.
- Viemerö V. Utsatta och hjälplösa: våld mot handikappade kvinnor är vanligare än många tror. Meddelanden från Åbo akademi 2001:16. Turku, 2001.

4 VÄESTÖN SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYSTIETOUDEN PARANTAMINEN

Seksuaalikasvatuksella tarkoitetaan ammatillista, institutionaalista toimintaa, jonka sisältönä ja kohteena on seksuaalisuutta koskeva ymmärrys ja kokemus ja päämääränä yksilöiden ja yhteisön seksuaalisen hyvinvoinnin kokonaisvaltainen edistäminen.

Seksuaaliopetuksella tarkoitetaan kouluissa opetussuunnitelman mukaan tapahtuvaa seksuaalisuuteen liittyvien asioiden käsittelyä.

Seksuaalineuvonnalla tarkoitetaan ammatillista, henkilökohtaisessa vuorovaikutuksessa tapahtuvaa yksilöllisten, seksuaalisuuteen liittyvien kysymysten käsittelyä.

Seksuaalivalistuksella tarkoitetaan ammatillista, joukkoviestinnän keinoin tapahtuvaa seksuaalisuuteen liittyvien asioiden käsittelyä. (Nummelin 2000.)

4.1 Lasten ja nuorten seksuaaliopetus- ja kasvatus

Alle kouluikäisten ja alakoululaisten seksuaalikasvatuksen tulisi luoda pohjaa hyvälle ihmissuhteille ja toisten ihmisten kunnioittamiselle. Lisäksi seksuaalikasvatuksen tulisi kehittää ymmärrystä omasta kehosta ja itsemääräämisoikeudesta. Miehen ja naisen väliset erot ja lisääntymisen perusbiologia kuuluvat myös varhaiskasvatuksen aiheisiin. (SIECUS 2004).

Suomessa varhaiskasvatuksen periaatepäätös (2002) sisältää linjauksen sukupuolten välisen tasa-arvon edistämisestä lasten hoidossa, kasvatuksessa ja opetuksessa. Niissä on kiinnitettävä huomiota kehityksellisiin eroihin tyttöjen ja poikien välillä, jotta varhaiskasvatus ja esiopetus tukisivat tasa-arvoisuuteen kasvamista. (STM 2002).

Varhaiskasvatuksen suunnitelman perusteissa kasvatuksen päämääräksi todetaan henkilökoh-taisen hyvinvoinnin edistäminen, toiset huomioon ottavien käyttäytymismuotojen ja toimintata-pojen vahvistaminen sekä itsenäisyyden asteittainen lisääminen. Sukupuolten välinen tasa-arvo mainitaan kasvatuksen arvolähtökohdaksi, mutta varhaiskasvatuksen sisällölliset orientaatiot ei-vät mainitse erikseen lapsen seksuaalisen kehityksen tukemista. (VASU 2005). Esiopetussuun-nitelman perusteissa keskeisissä sisältöalueissa mainitaan terveyden kohdalla, että lasta ohjataan toiminnalla ja tapakasvatuksella myönteisiin ihmissuhteisiin ja tunne-elämän terveyteen sekä vält-tämään väkivaltaa (Opetushallitus 2000). Seksuaalisen kehityksen tukemista ei sisältökohdissa mainita erikseen.

Seksuaaliopetus kuului pakollisena peruskoulujen opetusohjelmaan vuodesta 1970 lähtien. Vuonna 1994 toteutetun opetussuunnitelmauudistuksen jälkeen seksuaaliopetus kouluissa vähe-ni huomattavasti ja opetuksen toteutuksessa oli erittäin suuria koulujen välisiä eroja (Hannukkala 1999, Liinamo 2005).

Koululainsäädännön uudistus vuosituhaten alussa toi terveystiedolle itsenäisen oppiaineen aseman (Valtioneuvoston asetus 2001 ja 2002). Seksuaaliterveyteen liittyvät sisällöt ja tavoitteet esitettiin aiempaa selkeämmin ja laaja-alaisemmin uudistetuissa Perusopetuksen opetussuunnitel-man perusteissa (Opetushallitus 2004). Lisäksi oppilaiden hyvinvoinnin edistäminen ja terveen kasvun tukeminen koko kouluyhteisön toiminnassa korostuu uudessa opetussuunnitelmassa aiem-paa enemmän, ja esimerkiksi useisiin oppiaineisiin ja aihekokonaisuuksiin voi sisältyä terveyden ja seksuaaliterveyden aiheita. Kouluissa uuden opetussuunnitelman mukaista opetus- ja kasvatus-työtä on tullut toteuttaa viimeistään syyslukukaudesta 2006 lähtien.

Peruskoulun alaluokilla terveystieto ja seksuaaliopetus integroituvat muihin oppiaineisiin. Peruskoulun yläluokilla (7–9 luokat) terveystietoa opetetaan omana oppiaineenaan 114 tuntia. Terveystietoon sisältyy kuitenkin lukuisia terveysaiheita ja seksuaaliterveyteen liittyvän opetuksen määrä saattaa vaihdella huomattavastikin kouluittain. Peruskoulun ala- ja yläasteen seksuaaliopetuksen tueksi on valmistettu verkko-opetusaineistoja, jotka löytyvät Opetushallituksen sivuilta (www.edu.fi).

Peruskoulun seksuaalikasvatus on avainasemassa, koska se tavoittaa koko oppivelvollisuusikäisen väestön.

Lukion opetussuunnitelma sisältää terveystietoa yhden pakollisen sekä kaksi valinnaista kurssia. Sisällöissä mainitaan myös seksuaaliterveyden aiheita. Ammatillisen perustutkinnon opetussuunnitelmassa terveystietoa on yksi opintoviikko ja opetuksen sisällöissä mainitaan terveystietoa edistävät elintavat (tupakointi ja päihteet) sekä työturvallisuuteen ja toimintakykyyn liittyviä aiheita mutta ei lainkaan seksuaaliterveyttä. Lukiossa ja ammatillisissa oppilaitoksissa opiskelevat nuoret ovat selkeästi eriarvoisessa asemassa seksuaaliterveyden edistämisen näkökulmasta.

Terveystietoon sisältyvä seksuaaliopetus ja kouluterveydenhuollon toiminta pitäisi suunnitella yhteistyössä siten, että seksuaaliopetus ja neuvonta täydentävät ja tukevat toisiaan muodostaen kokonaisuuden, jolla on seksuaaliterveyden edistämisen kannalta määritellyt yhteiset tavoitteet (Kouluterveydenhuolto 2002). Tavoitteen saavuttamiseksi koulun terveydenhoitajien pitää osallistua koulun opetussuunnitelman suunnitteluun ja kehittämiseen.

Peruskoulun kahdeksas- ja yhdeksäsluokkalaisten sekä lukiolaisten seksuaaliterveystietojen kehitystä on seurattu kouluterveyskyselyssä vuodesta 1996 lähtien muutamien opetussisältöjä koskevien kysymysten ja tietoväittämien avulla. Seurannan avulla on esimerkiksi selvinnyt, että poikien tietämys on heikompaa kuin tyttöjen ja että sukupuolitauteja koskevat aihepiirit tunnettiin huonoiten (Liinamo 2005). Koulun seksuaaliopetuksen oppituntien määrä ja sisältöjen monipuolisuus selittivät merkittävästi peruskoulun yläluokkien oppilaiden hyvää tietotasoa. Vielä lukioiässäkin oppilaiden klamydiatietämys vaihteli sen mukaan, kuinka laajaa oli koulun seksuaaliopetus ollut (Kytömäki ym. 2005). Näin ollen mahdolliset muut tietolähteet eivät olleet paikanneet puutteellista kouluopetusta. Seksuaaliopetuksen toteuttamisen ja tulosten seuranta aika ajoin tehtävin kyselyin on aiheellista turvata jatkossakin ja laajentaa seuranta koskemaan myös toisen asteen ammatillisia oppilaitoksen oppilaita.

Asevelvollisten kutsuntatarkastus on viimeinen tilaisuus, jossa tavoitetaan käytännössä koko nuorten miesten ikäluokka. Terveystietouden edistämisen laatusuositus ehdottaa, että terveystarkastuksen yhteydessä huomioitaisiin myös seksuaaliterveys, jaettaisiin valistusmateriaalia ja tehtäisiin harkinnanvaraisesti klamydiatesti (STM 2006). Kutsuntatarkastusmenettelyn uudistaminen kokonaisuudessaan on vireillä, mutta asiasta ei ollut tehty päätöksiä vuoden 2006 loppuun mennessä.

Seksuaaliterveyteen liittyvien aiheiden käsittelyä voidaan nivoa muuhun nuorten kanssa tapahtuvaan toimintaan. Esimerkiksi rippikoulun tai sitä vastaavan Prometheus-leirin käy valtaosa ikäluokasta 15 vuotta täytettyään, ja niillä käsitellään seksuaalisuutta. Partiotöiminnan, liikunnan ja urheilun harrastuspiireissä liikkuu paljon nuoria, ja kuntien nuorisotoimi tarjoaa tiloja ja monenlaista toimintaa. Seksuaalikasvatus on vaikuttavuudeltaan selvästi parempaa, jos koko alueen ja yhteisön eri toimijat pyrkivät selkeästi samoihin tavoitteisiin.

Tavoitteet:

- seksuaalikasvatus tavoittaa tasa-arvoisesti kaikki lapset ja nuoret
- seksuaalikasvatus sisältyy kaikkeen kasvatus- ja opetustoimintaan varhaiskasvatuksesta toisen asteen koulutukseen
- eri ammattiryhmät ja toimialat tekevät yhteistyötä paikallisella, alueellisella ja valtakunnallisella tasolla siten, että seksuaalikasvatuksella ja -palveluilla on yhtenäiset tavoitteet ja ne tukevat toisiaan

Toimenpiteet:

- lapsen ja nuoren seksuaalisen kehityksen tukeminen kirjataan tavoitteeksi varhaiskasvatuksen sekä esiopetuksen, perusopetuksen ja toisen asteen opetuksen suunnitelmiin
- lasten ja nuorten seksuaalikasvatuksessa käsitellään seksuaali- ja lisääntymisterveyden fyysisiä, psyykkisiä, sosiaalisia ja eettisiä aiheita (esim. itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen; väkivallan tunnistaminen; siihen puuttuminen ja avun hakeminen; raskauden ja sukupuolitautilien ehkäisy, hedelmällisyys) kehitystasoon soveltuvalla tavalla
- seksuaaliopetuksessa sovelletaan monipuolisia opetusmenetelmiä siten, että ne antavat paitsi tiedollisia myös vuorovaikutuksellisia ja sosiaalisia valmiuksia (mm. turvataidot)
- seksuaalikasvatukseen kehitetään monipuolisia oppimateriaaleja. Niiden päivityksestä huolehditaan ja niille kehitetään laadunvarmistusjärjestelmä Opetushallituksen johdolla
- ammatillisen perustutkinnon opetussuunnitelmassa terveystiedon opetuksen sisältöihin kirjataan seksuaaliterveyden opetus
- seksuaalikasvatuksessa ja seksuaalisen kehityksen tukemisessa tehdään yhteistyötä kotien kanssa (vanhempainillat, tiedottaminen koulussa annettavasta seksuaalikasvatuksesta sekä nuorten seksuaaliterveyspalveluista)
- kouluissa ja oppilaitoksissa opettajat ja terveydenhoitaja tekevät yhteistyötä seksuaalikasvatuksen suunnittelussa, toteuttamisessa ja kehittämisessä (esim. tutustuminen seksuaaliterveyspalveluihin)
- seksuaaliopetuksen toteutumista ja tuloksia seurataan määräajoin oppilaille tehtävillä kyselyillä peruskouluissa ja lukioissa sekä myös ammatillisissa oppilaitoksissa aloitettavissa kyselyissä (ks. luku 15).
- seksuaalikasvatusta integroidaan syrjäytymisvaarassa oleville nuorille suunnattuihin hankkeisiin ja toimintoihin

4.2 Muu väestölle suunnattu informaatio ja viestintä

Väestön informoiminen tietoverkon kautta

Peruskoulun yhdeksäs luokka on viimeinen vaihe, jossa käytännöllisesti koko ikäluokka on seksuaalikasvatuksen tavoitettavissa. Varusmiespalveluaikana tavoitetaan vielä suuri osa miespuolises-

ta ikäluokasta, mutta sen jälkeen tiedonsaanti on vaihtelevaa ja osin oman aktiivisuuden varassa molemmilla sukupuolilla. Kouluiässä karttunut tietoperusta vaatii kuitenkin tietojen päivittämistä sitä mukaa, kun elämäntilanteet vaihtuvat ja uutta tietoa tulee.

Seksuaaliterveyttä koskevaa tietoa on saatavissa lukuisista tietolähteistä, mutta tiedon laadun ja oikeellisuuden kriittinen arviointi edellyttää väestöltä hyvää perustietämystä. Internetistä löytyy paljon seksuaalisuutta ja seksuaaliterveyttä koskevaa asiatietoa, mutta se on hajallaan eri osoitteissa ja hukkuu helposti epäasiallisen informaation sekaan. Lisäksi tiedon erottelua vaikeuttaa se, että seksuaaliterveyden käsitettä käytetään nykyisin puhtaasti kaupallisiin tarkoituksiin.

Aikuisikäisen väestön seksuaaliterveystiedon tarvetta tai hankintakanavia on maassamme tutkittu hyvin vähän. Taloustutkimus Oy:n vuoden 2005 selvityksessä todettiin, että väestön tietolähteet ehkäisymenetelmistä vaihtelevat ikäryhmittäin. Alle 20-vuotiailla koulu oli tärkein ja keski-ikäisillä naisilla gynekologin vastaanotto. Aikakauslehtien merkitys oli kohtalaisen suuri kaikissa ikäryhmissä, sen sijaan internetin merkitys oli yllättävän vähäinen ikään katsomatta. Korkeimmallaan osuus oli 20–24 -vuotiailla, joista noin neljännes katsoi internetin olevan lisätiedon lähde tai tärkein tietolähde. (Taloustutkimus Oy, julkaisematon tieto).

Terveysviestinnän tuoreen selvityksen mukaan yleisesti terveystiedon tärkeimmät lähteet ovat terveydenhuollon ammattilaiset, viranomaiset, televisio, lähipiiriin kuuluvat ihmiset ja terveystietojärjestöt. Käytetyt lähteet vaihtelevat suuresti iän ja koulutustaustan mukaan. Korkeasti koulutetuille internet on tärkein tiedonlähde, vähiten koulutetuille taas viranomaiset ja terveydenhuollon ammattilaiset. Iäkkäät ihmiset tavoittaa parhaiten televisio ja radio, alle 25 -vuotiaat internet. (Terveystietokeskus 2005).

Väestölle suunnatun tiedon kanavoinnissa pitää huomioida eri ikäisen ja erilaisen koulutustaustan omaavat väestöryhmien tarpeet ja tiedonhakutottumukset. Tietoa on toimitettava eteenpäin useita eri kanavia pitkin. Vaikka materiaalia tuotettaisiin monessa muodossa, sisällön tuotantoa keskittämällä voidaan välttää päällekkäistä työtä ja parantaa tiedon laatua.

Tiedon välittäminen väestölle tietoverkon kautta on ajankohtainen aihe koko Euroopassa. Euroopan unionilla on *e*-Eurooppaa koskeva toimintasuunnitelma, jonka periaatteita seurailee oman maamme tietoyhteiskuntaohjelma. Sen pohjalta vuonna 2006 laaditun kansallisen tietoyhteiskuntastrategian tavoitteisiin kuuluu muun muassa, että kaikilla kansalaisilla on mahdollisuus hyödyntää tietoyhteiskunnan palveluita asuinpaikasta sekä sosiaalisesta ja taloudellisesta asemasta riippumatta (Kansallinen tietoyhteiskuntastrategia 2006).

Sosiaali- ja terveysministeriön tietoyhteiskuntaohjelmaan kuuluvalla hankerahoituksella maamme kehitetään kansalaisen terveystietoporttia, jonka kautta kansalaiset voisivat saada terveyttä koskevaa luotettavaa tietoa yhden portaalin kautta. Valmisteluvastuun kantaa Kansanterveyslaitos, mutta teknisessä toteutuksessa on mukana FinnONTO –hanke ja Teknillinen korkeakoulu. Kansalaisen terveystietoportti luodaan uusimmilla tekniikoilla, joiden avulla useiden toimijoiden verkkosivut voidaan saada yhteiseen osoitteeseen. Tavoitteena on, että päällekkäinen tiedontuotanto vähenee ja tiedon laatu paranee. Pidemmällä aikavälillä tavoitteena on, että saman portaalin kautta aukeaisivat myös kuntakohtaiset tiedot terveystietopalveluista.

Kansalaisen terveystietoportin kautta väestö saa asiantuntijoiden tuottamaa ja tarkastamaa tietoa seksuaalisuudesta ja seksuaaliterveydestä.
--

Terveystietoporttiin tuleva seksuaaliterveysinformaatio olisi suunniteltava siten, että se kattaa eri ikävaiheet ja elämäntilanteet. Seksuaaliterveyden näkökulma olisi integroitava myös muita aiheita käsitteleville sivuille, esim. matkailijan terveysneuvonnan yhteydessä annettaisiin neuvontaa sukupuoliteitse tarttuvista taudeista ja eri maissa rikolliseksi katsottavasta seksuaalikäyttäytymisestä.

Väestökampanjat

Laajamittaisia väestölle suunnattuja seksuaaliterveysaiheisia tiedottamiskampanjoita on järjestetty Suomessa viranomaistyönä viimeksi 1980-luvun ja 1990-luvun vaihteen molemmin puolin HIV:n torjumiseksi. Samaan aikaan muun HIV-ehkäisytyön kanssa käynnistyi kansainvälisestäkin ainetlaatuinen tiedotuskäytäntö: sosiaali- ja terveysministeriö alkoi lähettää vuosittain kaikille 16-vuotiaille (myöhemmin myös 15-vuotiaille) seksuaalivalistuslehden, jossa oli mukana kondomi ja kirje vanhemmille. Nuoret tunsivat lehden hyvin, ja sen lukemisella oli vahva yhteys seksuaaliterveystiedon tasoon (Liinamo 2005). Valistuslehteä jaettiin pilottivaihe mukaan lukien yhteensä 17 vuotta, mutta vuodesta 2004 alkaen jakelu on ollut keskeytyksissä. Lehden jakelu on tarpeen käynnistää uudelleen.

Seksuaaliterveyden edistämisen väestötason kampanjoiden myönteisistä vaikutuksista on näyttöä esimerkiksi Hollannista. Toistuvasti 1990-luvulla toteutettujen turvaseksikampanjoiden todettiin ylläpitävän, vakiinnuttavan ja edistävän turvaseksikäyttäytymisen determinantteja väestössä. Vaikutusten saamiseksi ja ylläpitämiseksi kampanjoiden toistaminen oli välttämätöntä (Yzer et al. 2000).

Nykyisin Suomessa ei ole mitään systemaattista väestölle suunnattua tiedotusta tai kampanjointia seksuaaliterveysasioista. Nuorisolle suunnattuja kondomikampanjoita on ollut aika ajoin kesäisin, samoin matkailijoille suunnattuja tietoisuuksia. Järjestäjinä ovat olleet muut kuin viranomaiset. Julkisen hallinnon kentässä ei ole toimijaa, jonka tehtäviin kuuluisi väestön informoiminen seksuaali- ja lisääntymisterveyskysymyksissä ja jolle olisi osoitettu siihen tarvittavat resurssit.

4.3 Palveluiden yhteydessä jaettava materiaali

Internet ei ole vielä kaikille väestöryhmille läheskään niin tärkeä tiedonlähde kuin yleisesti oletetaan. Mitä alhaisempi koulutustaso, sitä todennäköisemmin henkilö ei lainkaan oma-aloitteisesti etsi terveyteen liittyvää tietoa. Vähiten koulutettujen tavoittamisessa terveydenhuollon ammattilaiset ovat siis avainasemassa. (Terveyden edistämisen keskus 2005).

Palvelukontaktin suullista neuvontaa kannattaa täydentää kirjallisella materiaaalilla. Jaettavia opaslehtisiä ja muuta vastaavaa materiaalia tulee lukuisista eri lähteistä. Jaettavan materiaalin kehittäminen, päivittäminen ja laadunvalvontaa ei ole nimetty valtakunnallisesti tai alueellisesti minkään tahon tehtäväksi. Usein vastuutus puuttuu myös paikallisella tasolla. Terveyskeskuksiin tilataan vähän sellaista jaettavaa materiaalia, josta terveyskeskus joutuu maksamaan. Varsin tavallista on kaupallista mainontaa sisältävän materiaalin jakaminen neuvonnan yhteydessä.

Terveyttä koskevan tiedon tuottaminen keskitetysti kansalaisen terveystietoporttiin tarjoaa mahdollisuuden siihen, että sama organisaatio tuottaa palveluiden yhteydessä potilaille tai asiak-

kaille jaettavan materiaalin. Materiaali olisi tulostettavissa verkon kautta, jonka jälkeen sitä voitaisiin monistaa paikallisiin tarpeisiin. Menettelytapa vähentäisi paikallisesti tehtävää, päällekkäistä työtä ja helpottaisi jaettavan materiaalin yhdenmukaisuuden, laadun ja ajantasaisuuden varmistamista.

Jaettavan kirjallisen ohjausmateriaalin tuotannossa ja valinnassa on noudatettava seuraavia kriteerejä:

- materiaali on ajantasaista
- materiaali pohjautuu näyttöön perustuvaan tietoon
- palvelujen käyttäjien äidinkieli ja kulttuuri on huomioitu
- materiaali on puolueetonta
- materiaali ei ole kaupallista

Äitiyshuollossa jaettavan kirjallisen materiaalin on katettava kaikki sisältöalueet, jotka liittyvät asiakkaan/potilaan ohjaukseen. Raskauden ehkäisyneuvonnan yhteydessä jaettavan kirjallisen materiaalin tulee sisältää objektiivista ja näyttöön perustuvaa tietoa aloitetun tai aloitettavaksi aiotun ehkäisyn vaikutusmekanismista, oikeasta käytöstä, menettelystä joissain erityistilanteissa sekä sivu- ja haittavaikutuksista. Lisäksi ohjeissa on otettava huomioon sukupuolitaudeilta suojautuminen sekä annettava selvät ohjeet, mihin ottaa yhteyttä ongelmatilanteissa ja lisäinformaatiota tarvittaessa.

Tavoitteet:

- seksuaali- ja lisääntymisterveyttä koskevaa laadukasta ja ajantasaista tietoa tuotetaan kaikkien kansalaisten ulottuville luotettavia kanavia myöden
- kunnat ja sairaanhoitopiirit edistävät alueensa asukkaiden seksuaali- ja lisääntymisterveyttä yhteistyössä valtakunnallisen tiedontuottajan kanssa
- seksuaali- ja lisääntymisterveyden aiheista järjestään säännöllisesti valtakunnallisia kampanjoita ajankohtaiseen tarve-arviointiin perustuen

Toimenpiteet:

- kansalaisen terveystietoportin rakentaminen ja ylläpito turvataan riittävin resurssein
- seksuaali- ja lisääntymisterveyttä koskeva tieto sisällytetään kansalaisen terveystietoporttiin
- sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluiden yhteydessä jaettava asiakasmateriaali tuotetaan yhteistyössä kansalaisen terveystietoportin sisällön tuotannon kanssa ja liitetään portaalin sivuille
- toimintayksiköissä huolehditaan siitä, että ohjeet ovat helposti kaikkien niitä tarvitsevien asiakkaiden/potilaiden saatavissa - joko paperilla tai internetissä tai niissä molemmissa
- Käypä hoito –suositusten potilasversioista kerrotaan niille potilaille, joita ne koskevat ja annetaan internetosoite, josta suositus löytyy
- kansalaisen terveystietoportista tiedotetaan väestölle kampanjalla useita mediakanavia käyttäen
- kunnat tiedottavat kotisivuillaan kuntansa seksuaali- ja lisääntymisterveyden palveluista ja sivuille rakennetaan linkit kansalaisen terveystietoporttiin
- seksuaalivalistuslehden (Sixteen-lehti) postittaminen vuosittain kokonaisuudelle yhdelle ikäluokalle käynnistetään uudelleen viimeistään vuonna 2008
- seksuaaliterveyden aiheista järjestetään suunnitelmallista väestökampanjatoimintaa
- seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen koordinointi, yhteistyö kansalaisen terveystietoportin toimituskunnan kanssa, seksuaalisuutta ja seksuaaliterveyttä koskevan tietotuotannon laadun ja ajantasaisuuden valvonta sekä seksuaaliterveyttä edistävän väestökampanjoinnin suunnittelu ja toteutus organisoidaan kansallisella tasolla (ks. luku 17).

4.4 Sähköinen ohjaus äitiyshuollossa

Sähköinen ohjaus täydentää perinteisiä neuvolakäyntejä ja vahvistaa perheen omahoitoisuutta. Sitä toteutetaan Suomessa useilla eri tavoilla.

Internetissä toimiva neuvola antaa lasta odottaville perheille mahdollisuuden hankkia tietoa itsenäisesti, konsultoida asiantuntijaa sekä saada vertaistukea (Kouri ym. 2001 ja 2006, Anne Salonen, lisääntymisterveyden jaoston kokouksessa 15.6.2006). Esimerkiksi Elämisen alkuun – projektissa (Kouri ym. 2001) kehitetyssä Nettineuvolassa perheillä on mahdollisuus saada tietoa raskaudesta, synnytyksestä, synnytyksen jälkeisestä ajasta, vastasyntyneen hoidosta sekä omasta terveydestä ja hyvinvoinnista. Asiakkailla on mahdollisuus konsultoida asiantuntijaa tietosuojatussa yhteydessä, ja he saavat kysymyksiinsä aina henkilökohtaisen vastauksen. Perheet voivat myös keskustella anonyyminä samassa elämänvaiheessa olevien perheiden kanssa. Asiantuntijat käyttävät omia nimiään osallistuessaan keskusteluun. Vanhemmat voivat saada vertaistukea internetistä myös esimerkiksi erilaisten yhdistysten omilta internetsivuilta ja muilta eri teemojen yhteyteen perustetuilta sähköpostilistoilta, mutta niiden sisällön säännöllinen seuranta ei ole käytännössä mahdollista.

Terveydenhuollon asiakkaat/potilaat voivat käyttää uusia tieto- ja viestintätekniikoita myös terveysasioidensa hoitoon. Esimerkiksi Turun kaupungin terveystoimen WELLCOM-hankkeessa on mukana myös yhden terveysaseman äitiys- ja lastenneuvola (www.turku.fi). Joidenkin palve-

luiden käyttö edellyttää erillisen sopimuksen tekemistä. Palvelut sisältävät seuraavia mahdollisuuksia:

- asiakas voi lähettää kysymyksen terveydentilastaan omalle asiantuntijalleen. Asiantuntijalla on käytössään asiakasta koskevat tiedot kaupungin terveystoimen terveyskeskusjärjestelmästä, ja hän vastaa kysymykseen viimeistään kolmantena arkipäivänä yhteydenotosta.
- asiakas voi saada esimerkiksi laboratoriovastauksia tiedotteina ja samalla hoito-ohjeet
- vastaanottoaikoja kokeilutoimipisteiden vastaanotoille voi varata E-ajanvarauksen avulla
- asiakkaiden terveydentilasta ja terveystottumuksista kerätään ajantasaista tietoa terveystarkastusta varten verkkolomakkeiden avulla. (E-terveyspalvelut/Sähköinen terveysasiointi 2006.)

Synnytyssairaalat esittelevät toimintaansa ja tiedottavat palveluistaan myös sähköisesti. Esimerkiksi Kuopion yliopistollisen sairaalan Tutuks-palvelussa esitellään virtuaalitutustumiskäynnillä odottavan perheen mahdolliset eri hoitopolut synnytyssairaalassa. Palvelu on kaikkien käytettävissä internetissä osoitteessa <http://www.synnytystutuksi.fi>.

Tavoitteet:

- kaikilla tulevilla vanhemmilla on mahdollisuus käyttää palveluja myös internetin kautta perinteisiä palveluja täydentävinä

Toimenpiteet:

- internet-pohjaiset palvelut kehitetään monialaisessa yhteistyössä ja tuotteistetaan, jolloin palvelut ovat kaikkien terveydenhuollon toimintayksiköiden hankittavissa
- internet-pohjaisten palvelujen testausta ja käyttöön juurruttamista jatketaan
- palvelujen käyttäjille tarjotaan mahdollisuus sähköiseen ajanvaraukseen ja omaseurantaan
- toimintayksikön internetsivuista vastaava henkilö päivittää lapsen saaville perheille suunnatun ohjeistuksen internetissä aina, kun sisältö muuttuu joltain osin

LÄHTEET:

E-terveyspalvelut/Sähköinen terveysasiointi 2006.

Luettavissa: <http://www.turku.fi/Public/default.aspx?contentid=5786> Luettu:23.5.2006.

Hannukkala M. Perhekasvatus peruskoulujen yläasteilla - oppimisaineiston kartoitusta ja tarkastelua vuosien 1994–1998 opetussuunnitelmien pohjalta. Kotitaloustieteen sivuainelaudaturtyö. Helsingin yliopisto. Helsinki, 1999.

Kansallinen tietoyhteiskuntastrategia 2007–2015.

Luettavissa: <http://www.tietoyhteiskuntaohjelma.fi/esittelu> Luettu 3.10.2006.

Kouluterveydenhuolto 2002. Opas kouluterveydenhuollolle, peruskouluille ja kunnille.

Stakes Oppaita 51. Saarijärvi, 2002.

Kouri P, Antikainen I, Saarikoski S, Wuorisalo, J. Elämisen alkuun –projekti. Äitiyshuollon joustavan verkkopalvelun, Nettineuvolan, kehittäminen Internetissä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:10. Helsinki, 2001.

Kouri P. Development of Maternity Clinic on the Net Service. Views of Pregnant Families and Professionals. Kuopio University Publications E. Social Sciences 131. Kuopio, 2006.

Kytömäki A, Kosunen E, Rimpelä M. Klamydia ja hedelmättömyys – nuorten tiedot kouluterveyskyselyssä 2000 – 2001. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 2005;42:191-201.

Liinamo A. Suomalaisnuorten seksuaalikasvatus ja seksuaaliterveystiedot oppilaan ja koulun näkökulmasta. Arviointia terveyden edistämisen viitekehyksessä. Jyväskylän Yliopisto. Studies in sport, physical education and health 106. Jyväskylä, 2005.

Liinamo A, Rimpelä M, Kosunen E, Jokela J. Vaikuttavatko seksuaaliopetus ja seksuaalivalistuslehti nuorten seksuaaliterveystietoihin? Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 2000; 37,:293-303.

Nummelin R. Seksuaalikasvatusmateriaalit – pääkaupunkiseutulaisten nuorten näkemyksiä ja kokemuksia. Tampereen yliopisto. Acta Universitatis Tamperensis 778. Tampere, 2000.

Opetushallitus. Esiopetuksen suunnitelman perusteet 2000.

Luettavissa: <http://www.edu.fi/julkaisut/maaraykset/ops/esiops.pdf>.

Opetushallitus. Perusopetuksen opetussuunnitelman perusteet. Opetushallitus. Määräys

1/011/2004. Vammala, 2004. Luettavissa: <http://www.oph.fi/info/ops/> Luettu 9.11.2004.

SIECUS (Sexuality Information and Education Council of the United States). Guidelines for Comprehensive Sexuality Education. Kindergarten through 12th grade. 3rd edition. SIECUS, 2004. Luettavissa: <http://www.siecus.org> Luettu 10.11.2006.

STM. Valtioneuvoston periaatepäätös varhaiskasvatuksen valtakunnallisista linjauksista. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2002:9. Helsinki, 2002.

STM. Terveystiedon edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:19. Helsinki, 2006.

Terveystiedon edistämisen keskus. Terveystiedon edistävän viestinnän suuntaviivat.

Luettavissa: http://www.health.fi/index.php?page=jul_julkaisu&i=100335.

Luettu: 4.9.2006.

VASU.Varhaiskasvatussuunnitelman perusteet. Stakes Oppaita 56. Saarijärvi, 2005.

Luettavissa: <http://www.stakes.fi>

Valtioneuvoston asetus perusopetuslaissa tarkoitetun opetuksen valtakunnallisista tavoitteista ja perusopetuksen tuntijaosta 1435/2001.

Valtioneuvoston asetus lukiokoulutuksen yleisistä valtakunnallisista tavoitteista ja tuntijaosta 955/2002.

Yzer M, Siero F, Buunk B. Can public health campaigns effectively change psychological determinants of safer sex? An evaluation of three Dutch campaigns.
Health Education Research 2000;15:339-52.

5 SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYDEN PALVELUIDEN ORGANISOINTI

5.1 Palveluiden järjestämisen tausta ja nykytila

Äitiyshuollon ydintehtäväksi on määritelty odottavan äidin, sikiön, vastasyntyneen ja perheenjäsenten parhaan mahdollisen terveyden turvaaminen (Stakesin... 1999). Tavoitteena on raskaudenaikaisten häiriöiden ehkäisy, häiriöiden varhainen toteaminen sekä sujuva hoitoon ohjaaminen, tehokas hoito ja kuntoutus, hyvä synnytyksen hoito ja vastasyntyneestä huolehtiminen sekä perheen tukeminen sairauden tai vamman kohdatessa. Lisäksi keskeistä on valmentaa vanhempia vanhemmuuteen, lapsen hoitoon ja lapsen tuomaan elämänmuutokseen sekä edistää perheiden terveitä elintapoja. (STM 2003).

Äitiysneuvolat ovat oleellinen osa suomalaista raskaudenajan hoitoa. Ensimmäiset äitiysneuvolat perustettiin 1920-luvulla, ja vuonna 1944 turvattiin lailla kaikkien raskaana olevien naisten pääsy kunnallisten äitiysneuvolapalveluiden piiriin. Hallinnollisesti erilliset neuvolat siirrettiin Kansanterveyslailla vuonna 1972 muun perusterveydenhuollon yhteyteen. Samaan aikaan äitiysneuvolan kättilöiden virat muutettiin terveydenhoitajan viroiksi. Väestövastuun myötä 1980-luvun jälkipuoliskolla äitiysneuvolan terveydenhoitajan eriytynyt tehtäväalue laajeni eri väestöryhmien sairauksia ehkäisevään ja hoitavaankin työhön (Hemminki 2003, ks. myös Koponen 1997).

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksen mukaan vuonna 2004 terveydenhoitajista (n=1282) vain 5 % teki yksinomaan äitiysneuvolatyötä. Noin puolet äitiysneuvolatyötä tekevistä teki myös lastenneuvolatyötä. Osalla oli useita tehtäväalueita. (Hakulinen-Viitanen ym. 2005.) Pirstoutunut työnkuva koskee myös lasten ja nuorten ehkäiseviä palveluja ja neuvolalääkäreitä. Vuonna 2005 TAYS:n erityissairaanhoidopiirissä ehkäisyneuvolatyötä tekevistä terveyskeskuslääkäreistä puolet teki myös äitiys- ja lastenneuvolatyötä, ja valtaosa heistä muitakin tehtäväalueita. (Sannisto ym. 2006.)

Raskauden ehkäisyneuvonta tuli kuntien järjestettäväksi kansanterveyslain myötä 1972. Toimintaa ohjeistettiin alkuvaiheessa yksityiskohtaisesti, ja neuvolaverkosto perustettiin kattavasti koko maahan muutamassa vuodessa. Viimeiset kansalliset ohjeet toiminnasta annettiin vuonna 1982, mutta ne kumottiin vuonna 1991.

Vuonna 1995 noin kolmanneksessa terveyskeskuksista oli ehkäisyneuvola ja yhtä usein työ hoidettiin väestövastuisesti tai järjestelyt olivat jotain siltä väliltä (Koponen ym. 1998). Viimeaikaisten tutkimusten mukaan ehkäisyneuvonta on yleisesti yhdistetty osaksi äitiysneuvolatyötä, mikä on huomioitava äitiyshuollon uudistamissuunnitelmissa. Valtakunnallisessa neuvolaselvityksessä äitiys- ja lastenneuvoloissa työskentelevistä terveydenhoitajista 35 % antoi myös ehkäisyneuvontaa (Hakulinen-Viitanen ym. 2005). Koko maan terveyskeskusten johtajille tehdyn kyselyn (2005) mukaan terveyskeskuksista vähintään 70 %:ssa ehkäisyneuvonta oli yhdistetty äitiysneuvolatoimintaan (Matti Rimpelä, julkaisematon tieto). Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueella syksyllä 2005 tehdyssä tutkimuksessa palvelut oli yhdistetty äitiysneuvolatoimintaan runsaassa puolessa terveyskeskuksista. (Sannisto ym. 2006.) Erillinen ehkäisyneuvola oli noin joka viidennessä terveyskeskuksessa, ja hieman tätä harvemmin ehkäisyneuvonta toteutettiin vastaanottotyön osana.

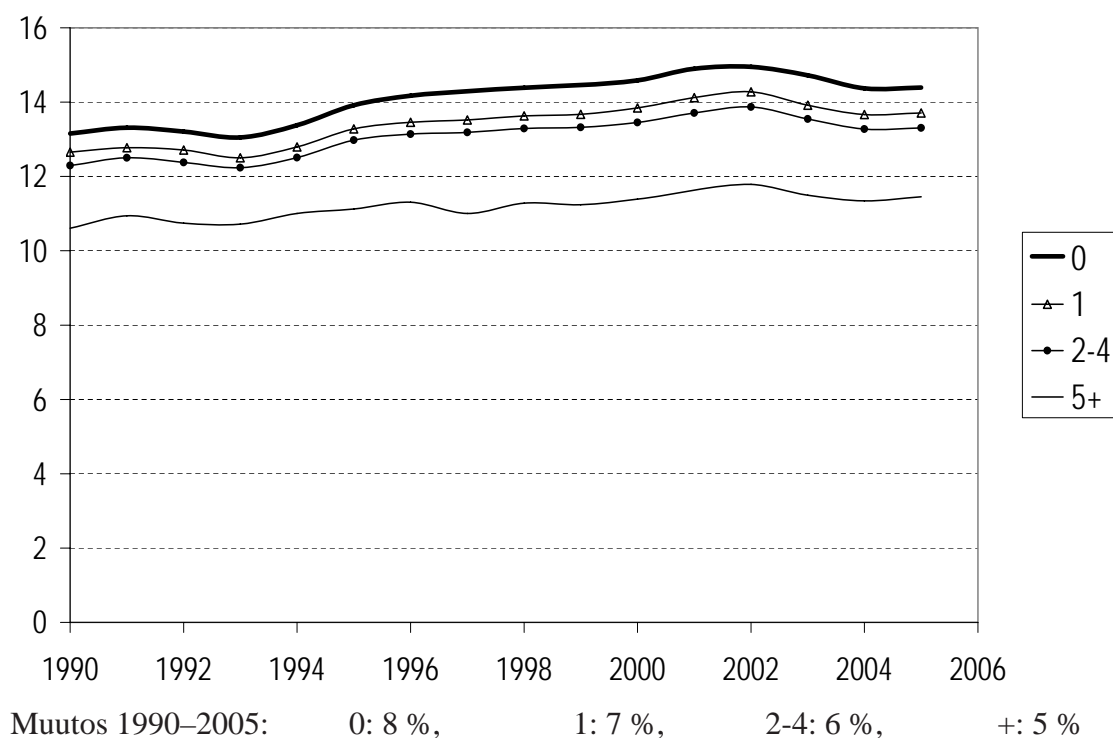
Muut seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvät palvelut, kuten sukupuolitaudit, raskaudenkeskeytysasiat ja hedelmättömyystutkimukset on hoidettu terveyskeskuksissa vaihtelevin tavoin yleensä vastaanottotoiminnan osana, eikä niitä ole keskitetty tai integroitu perhesuunnittelutoiminnan yhteyteen. Seksuaalineuvontaan koulutettua henkilöstöä on perusterveydenhuollossa hyvin vähän.

5.2 Käyntimäärien kehitys

Stakesiin kerätyt valtakunnalliset tilastot näyttävät ehkäisy- ja perhesuunnitteluneuvonnan käyntien vähentyneen vuodesta 1997 lähtien, mutta tilastot eivät välttämättä anna täyttä kuvaa toiminnan laajuudesta. Raskauden ehkäisypalveluja annetaan usein äitiysneuvolaan yhdistettynä tai lääkärin muun vastaanottotyön lomassa (Sannisto ym. 2006), eikä niiden kirjaantumisesta ehkäisyneuvontakäynneiksi ole varmuutta. Käyntejä tehdään myös muualle kuin neuvolaan, kuten koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoon ja työterveyshuoltoon. Todennäköisesti nämäkään eivät aina kirjaudu ehkäisyneuvontakäynneiksi.

Äitiysneuvolakäynnit lisääntyivät 1993 ja 2002 välisenä aikana kaikilla äideillä iästä ja aiempien synnytysten määrästä riippumatta (Hartikainen 2003). Vuoden 2002 jälkeen käyntimäärien nousu on tasaantunut (kuvio 5.1). Vuonna 2005 ensisynnyttäjät kävivät äitiysneuvolassa keskimäärin 14,3 ja uudelleensynnyttäjät 13,3 kertaa.

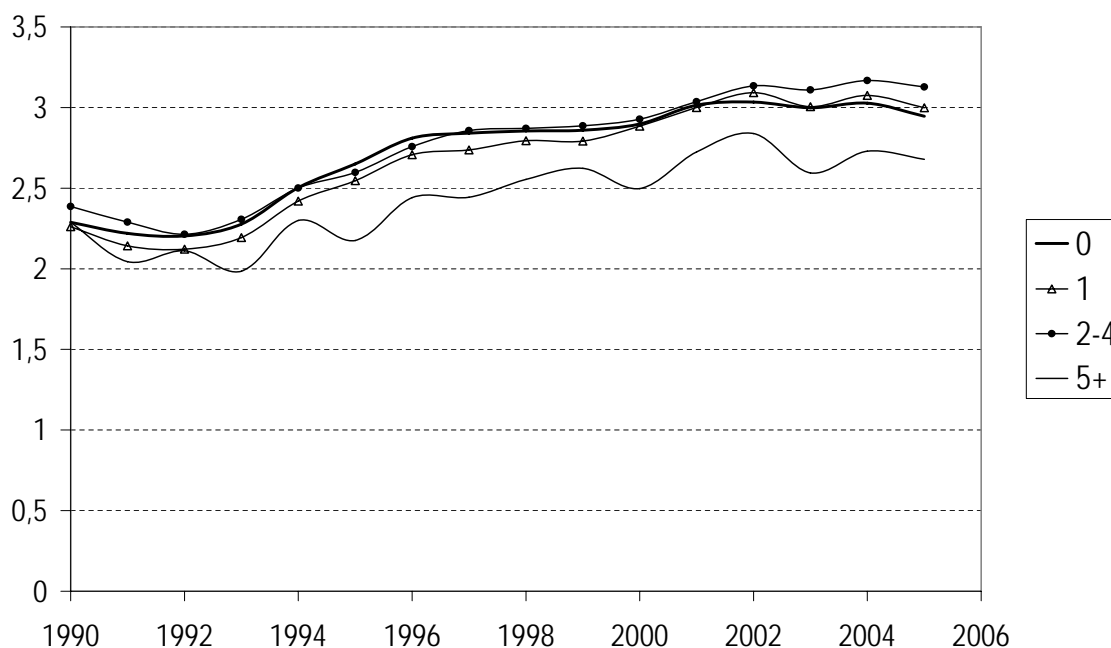
Kuvio 5.1. Neuvolakäyntien keskiarvo aiempien synnytysten määrän mukaan vuosina 1990–2005 (Stakes 2006b)



Suosittelavat käyntimäärät äitiysneuvolassa ovat kasvaneet jonkin verran vajaan 20 vuoden aikana. Lääkintöhallituksen ohjekirje suositteli vuonna 1988 raskauden aikaisten neuvolakäyntien määräksi 12, joista 3–4 saattoi olla yksinomaan lääkärikäyntejä (Lääkintöhallitus 1988). Ohjekirje ei tehnyt eroa ensi- ja uudelleensynnyttäjien välillä. Stakesin perhesuunnittelun ja äitiyshuollon asiantuntijaryhmä antoi seuraavat suositukset vuonna 1995, jolloin suositus käyntimäärästä oli 14 (Stakesin... 1995). Uusituissa suosituksissa vuonna 1999 ohjeistetut käyntimäärät eivät lisääntyneet vuoteen 1995 nähden, päinvastoin ensisynnyttäjälle suositeltu terveydenhoitajakäyntien määrä väheni kahdella. Vuonna 1999 suositeltiin ensisynnyttäjille 12 käyntiä terveydenhoitajan ja 3 lääkärin vastaanotolla raskauden aikana. Uudelleensynnyttäjille vastaava suositus on 9 terveydenhoitajan ja 3 lääkärin käyntiä. (Stakesin... 1999.)

Käynnit äitiyspoliklinikalla ovat niin ikään lisääntyneet naisen iästä tai aikaisempien synnytysten määrästä riippumatta (Hartikainen 2003). Äitiyspoliklinikkakäynneissä nousu on ollut äitiysneuvolakäyntejä suurempaa, ja nousu jatkui 1990-luvun alusta vuoteen 2002 (kuvio 5.2). Vuonna 2005 ensisynnyttäjät kävivät äitiyspoliklinikalla keskimäärin 3,0 ja uudelleensynnyttäjät 2,9 kertaa.

Kuvio 5.2. Poliklinikkakäyntien keskiarvo aiempien synnytysten määrän mukaan vuosina 1990–2005 (Stakes 2006b)



Muutos 1990–2005: 0: 33 %, 1: 40 %, 2-4: 37 %, 5+: 31 %

Kaikkien synnyttäjien keski-ikä ja ensisynnyttäjien keski-ikä ovat molemmat pysytelleet suunnilleen samansuuruisena 1990-luvun puolivälistä lähtien (Gissler 2003). Yli 35 -vuotiaiden synnyttäjien osuus on kuitenkin ollut pitkään nousussa. Viime vuosina heitä on ollut noin 19 %, kun vuonna 1987 osuus oli 13 % (Stakes 2006). Yli 35 -vuotiaat raskaana olevat lähetetään ohjeiden mukaisesti alkuraskaudessa äitiyspoliklinikan tutkimuksiin (Yleislääkärin käsikirja 1996).

Naisten raskaudenaikainen painonnousu, jota ei voida selittää lapsen koolla, on suurentunut 1960-luvun jälkeen Suomessa keskimäärin kilon (Kinnunen ym. 2003). Myös ylipainoisten äitien määrä on kasvussa väestön yleisen lihomisen myötä. Suuri painonnousu ja ylipaino altistavat raskauskomplikaatioille, erityisesti raskausdiabetekselle (Luoto 2006). Diabetesriskissä olevien äitien etsinnän tehostaminen on lisännyt äitiyspoliklinikalle tutkimuksiin lähetettävien äitien määrää. Äitiyspoliklinikalle lähetettävien määrää lisäävät myös esimerkiksi päihteitä käyttävät äidit ja synnytystä pelkäävät äidit. Hedelmättömyyshoitojen yleistyminen 1980 -luvun jälkeen ja niiden myötä monisikiöisten synnytysten osuuden kasvu voivat selittää ainoastaan pienen osan äitiyspoliklinikkakäyntien määrän kasvua, sillä raskauksista vain 2,5 % saa alkunsa hedelmättömyyshoidosta (Gissler 2003).

Väestövastuista toimintatapaa on kritisoitu, koska asiakasmäärät jäävät joillakin tehtäväalueilla kuten äitiysneuvonnassa pieniksi ja riittävää kokemusta ei siten kartu työn myötä (Hartikainen 2003, Sormunen ym. 2001). Sama koskee myös pieniä terveyskeskuksia väestövastuusta riip-

pumatta. Tilannetta on edelleen hankaloittanut pula lääkäri työvoimasta (Hakulinen-Viitanen ym. 2005). Etenkin syrjäisempien alueiden terveyskeskukset ovat joutuneet tyytymään lyhytaikaisiin sijaisiin tai ”keikkalääkäreihin”. Kaikkiaan kokemuksen puutteen on arvioitu osaltaan vaikuttaneen lähetemäärien kasvuun (Hartikainen 2003.)

Äitiyspoliklinikoille lähettävien äitien määrää on saattanut nostaa myös synnytyssairaaloiden määrän supistaminen, joka on jatkunut 1990 -luvulla asti. Kun 1970 -luvulla synnytyssairaloita oli vielä 64, niitä on nyt enää 32. Äitiysneuvoloille tämä on usein merkinnyt myös lähisairaalan poliklinikan yhteydessä olevan konsultointimahdollisuuden häviämistä, jolloin lähikonsultoinnin sijaan tehdään lähete äitiyspoliklinikalle.

5.3 Palveluiden uudistamistarpeet

Sen jälkeen kun Suomessa 1990 -luvun alussa purettiin normiohjausta ja siirryttiin informaatio-ohjaukseen, äitiysneuvolakäynneistä tai henkilöstön mitoituksista ei ole ollut sitovia määräyksiä. Neuvolapalveluiden organisointitapa, raskauden seurantakäyntien määrä ja työntekijäkohtaiset asiakasmäärät on voitu harkita kuntakohtaisesti. Kaikkialla maailmassa on havaittu toimenpiteiden ja tutkimusten lisääntyminen raskauden ja synnytysten hoidossa ilman, että niiden vaikutavuudesta olisi aina kiistatonta näyttöä (Roundtable discussion: part 1 2006).

Asiantuntijoiden näkemysten mukaan äitiysneuvolajärjestelmää ja sen toimintamalleja on uudistettava (Hartikainen 2003, Hemminki 2003, Stakes 1999). Jos äitiysneuvolassa tulisi pystyä nykyistä enemmän ilman erikoissairaanhoidon tukea seuraamaan normaalia raskautta ja hoitamaan tiettyjä erityisryhmiä kuten alatiesynnytystä pelkääviä, olisi lisääntymisterveyden asiantuntemusta vahvistettava äitiysneuvolassa. Lisääntymisterveyden osaamisen vahvistaminen tukisi myös perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon moniammatillisia tiimejä. Tällöin erikoissairaanhoidon resursseja voitaisiin kohdistaa sellaisiin erityisryhmiin, joiden seuranta ja hoito on järjestettävä äitiyspoliklinikalla. Asiakkaiden lisääntyneet ongelmat, esimerkiksi päihteiden käyttö, lisäävät äitiyshuollon toimintayksikköjen työn määrää ja vaativuutta.

Seksuaaliterveyden kokonaisvaltaisen edistämisen kannalta on tärkeää, että palvelujen tasolla integroidaan toisiinsa vaikuttavia aihealueita. Laadukkaasti toteutettuna seksuaaliterveyden kokonaisvaltainen edistäminen edellyttää erikoisosaamista, ja osaamisen keskittämisestä olisi todennäköisesti hyötyä. Esimerkiksi raskauden ehkäisyn järjestämisessä on huomioitava myös tautien ehkäisy, mikä edellyttää perusteellisempaa seksuaalikäyttäytymisen kartoitusta ja neuvontaa. Työhön on kuuluttava myös mahdollisten väkivaltakokemusten kysyminen ja tunnistaminen. Lisäksi työhön kuuluu käden taitoja ja kokemusta edellyttäviä toimenpiteitä, kuten kierukoiden ja kapselien laito.

Keskeinen uudistamislinja on lasten, nuorten ja heidän perheidensä palveluiden kokoaminen kunnissa niin kutsuttuihin perhepalveluverkostoihin tai perhekeskuksiin. Useassa 2000 -luvun julkaisussa tehty ehdotus koskee myös äitiys- ja lastenneuvoloita (esim. STM 2004, STM 2006). Palvelujen verkostoimisen etuja työntekijöille ovat moniammatillisen yhteistyön ja konsultoinnin helpottuminen ja perheille monipuolisen varhaisen avun saaminen ja kunnan työntekijöiden tuntemaan oppiminen. Muita etuja ovat tiedonkulun parantuminen, päällekkäisyyksien tai puutteiden poistaminen ja tutkimus- ja hoitopolkujen rakentaminen. Osana Sosiaalialan kehittämishanketta ja Kansallista terveydenhuollon hanketta toteutetaan nk PERHE-hanketta 2005–2007. Sen tavoitteena on uudistaa lapsiperhepalvelujen, toimintakulttuuria ja toimintatapoja, edistää eri toimijoiden välistä kumppanuutta ja synnyttää perheiden välistä vertaistoimintaa. Perheiden omaa roolia

asiakkaina ja lastensa kasvun asiantuntijoina vahvistetaan ja käytetään hyväksi (STM 2006). Eri-laista perhekeskustyyppistä toimintaa on jo yli 60 paikkakunnalla. Näistä osa ei kuulu em. hankkeeseen.

5.4 Kokemuksia palveluiden uudistamisesta

Äitiysneuvolan toimintatapoja on joissain kunnissa muutettu siten, että esimerkiksi raskauden aikaiset ultraääniseulonnat on siirretty keskusneuvoloihin. ”Jaetun” mallin mukaan vastuu suunnitelluista raskaudenajan seurantakäynneistä on jaettu perusterveydenhuollon äitiysneuvoloiden ja erikoissairaanhoidon äitiyspoliklinikoiden kesken.

Raskauden ehkäisyneuvonnasta ei ole raportoitu laajempia kehittämishankkeita lukuun ottamatta kansalliseen terveydenhuollon hankkeeseen liittyviä kokeiluja, joista kerrotaan luvussa 14.4. Kenttätietojen mukaan terveyskeskuksissa on tehty esimerkiksi ratkaisuja, joissa toimenpiteet ja ehkäisyn aloitukset keskitetään mutta ehkäisyn seurantakäynnit tehdään omalääkärillä ja -hoitajalla.

Esimerkkinä toisenlaisesta raskauden seurantakäyntien järjestämisestä on Ruotsi, jossa sekä ensi- että uudelleensynnyttäjät kävivät 1990-luvun alusta lähtien äitiysneuvolassa kättilön ja lääkärin vastaanotoilla yhteensä 16 kertaa. 1990-luvun aikana käyntikertoja vähennettiin 13:een. Tämän jälkeen Socialstyrelsen suositti käyntimääräksi ensisynnyttäjille 9 käyntiä ja uudelleensynnyttäjille 7-8 käyntiä. Kun rutiinitarkastusten määrää vähennettiin, vapautui resursseja lisääntyneen riskin omaavien odottajien hoitoon. Toimintatapojen muutos on myös lisännyt mahdollisuuksia tarjota kättilöiden antamaa ehkäisyneuvontaa. (Socialstyrelsen 2001.) Äitiysneuvoloiden määrä Ruotsissa oli vuonna 2004 hieman alle 500 yli 100 000 synnyttäjää kohti (Arbetsgruppen för kvalitetssäkring i Mödrahälsovården 2004).

5.5 Seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluiden osittainen keskittäminen

Suomessa on nykyisin yli 800 neuvolaa, joissa on äitiysneuvolatoimintaa (Vuorinen 2006). Pienimmillään raskaana olevien asiakkaiden määrä voi olla alle 20 äitiä vuodessa. (Sormunen ym. 2001).

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden osaamisen vahvistamiseen perusterveydenhuollossa on useita mahdollisuuksia. Toteuttamistapaan vaikuttavat muun muassa muutoksessa oleva kuntarakenne, maantieteelliset etäisyydet, työvoimatilanne ja jo olemassa oleva toimintakulttuuri, jonka perustalta uudistuksia lähdetään tekemään. Näistä syistä osaamisen vahvistaminen ei voi perustua yhteen, yhdenmukaiseen malliin.

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden osaamista voidaan vahvistaa keskittämällä osa palveluista suurempien väestöpohjien seksuaali- ja lisääntymisterveyden yksiköihin, jotka tarjoavat aihealueen erikoisosaamista vaativia palveluja integroidusti. Keskitettyinä voidaan järjestää myös muita perheiden palveluita. Tietty osa seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluista on kuitenkin sellaisia, jotka on säilytettävä lähipalveluina ja ns. matalan kynnyksen palveluina.

Helposti tavoitettavina lähipalveluina järjestetään raskauden toteaminen, normaaliraskauden seurantakäynnit, vanhemmuuden ja parisuhteen tukeminen, muu terveysneuvonta ja ennakoiva ohjaus, perhevalmennus, perustiedon antaminen seksuaalisuutta koskevissa kysymyksissä, suku-

puolittautien tutkimus ja hoito, ehkäisy pillereiden aloitus ja seuranta sekä kaikkien raskauden ehkäisy menetelmien seuranta käynnit.

Nuorten seksuaaliterveyspalvelut on erityisen tärkeää järjestää lähipalveluina, sillä halpa ja helppo pääsy vastaanotolle on nuorten ehkäisyn käytön tärkeimpiä edellytyksiä (ks. myös luku 10). Palvelut tulisi järjestää mahdollisuuksien mukaan erillisinä nuorisopalveluina, sillä nuorten kanssa työskentely vaatii omaa erityisosaamistaan (esimerkiksi kommunikaatiossa, kypsyystason arvioinnissa ja rajankäynnissä mahdollisissa lastensuojeluasioissa). Nuorisopalveluiden toteuttamista voi vaihdella paikkakunnan koon ja etäisyyksien mukaan. Ellei erillistä nuorten neuvolaa ole mahdollista järjestää vähäisen väestömäärän tai pitkien etäisyyksien vuoksi, nuorten tarvitsemia lähipalveluita on mahdollista kehittää koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoa vahvistamalla sekä laajentamalla terveydenhoitajan toimintavaltuuksia.

Keskitetyn yksikön tehtäviksi soveltuvat raskausajan lääkärintarkastukset, ultraäänitutkimukset ja muut seulontatutkimukset, synnytysvalmennus, kierukoiden ja kapseleiden asetukset, raskauden ehkäisyn ongelmatilanteiden hoito, hedelmättömyysongelmien hoito ja erityiskoulutusta edellyttävä seksuaalineuvonta. Myös äidit, joiden epäillään tai todetaan kuuluvan riskiryhmään, ohjattaisiin keskitettyyn yksikköön. Riskiraskauksien seuranta toteutettaisiin yhteistyössä lähipalvelun kanssa räätälöidysti.

Keskittämisen tavoitteena on luoda nykyistä paremmat edellytykset seksuaali- ja lisääntymisterveyden palveluiden laadunhallintaan ja potilasturvallisuuden kehittämiseen, kun asiakasmäärät työntekijää kohden ovat riittävän suuret. Toiminnan keskittäminen antaa nykyistä paremmat mahdollisuudet sijaisjärjestelyihin, täydennyskoulutukseen osallistumiseen ja henkilöstökoulutuksen järjestämiseen. Keskittäminen luo paremmat mahdollisuudet myös neuvolassa tarvittavien laitteiden ja välineiden hankintaan.

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden palveluiden uudistaminen on sovitettava yhteen niiden kuntamuutosten ja alueellisen kuntayhteistyön muutosten kanssa, jotka aiheutuvat kunta- ja palvelurakennetta koskevasta laista, mikäli laki tulee voimaan. Sen on tarkoitus tulla voimaan alkuvuodesta 2007.

Hallituksen esityksen (155/2006 vp.) mukaan palvelurakenteita vahvistetaan kokoamalla kuntaa laajempaa väestöpohjaa edellyttäviä palveluja yhteen ja lisäämällä kuntien yhteistoimintaa. Kunnassa tai yhteistoiminta-alueella, joka huolehtii perusterveydenhuollon ja siihen kiinteästi liittyvien sosiaalitoimen tehtävien järjestämisestä, on oltava vähintään noin 20 000 asukasta. Nykyisin kolme terveyskeskusta neljästä toimii esitettyä pienemmällä väestöpohjalla. Väestöpohjaa kasvattamalla halutaan taata henkilöstön työnjako, osaaminen ja rekrytointi. (STM PARAS-hankkeesta... 2006.) Myös kustannusten ja palvelutarpeen satunnaisvaihtelulle tavoitellaan hallintaa, sekä hyviä käytäntöjä levitetään laajemmalle.

Palveluverkkoa ja sen kattavuutta tarkastellaan uudistuksessa kokonaisuutena: lähipalveluista alkaen valtakunnan tasolle keskitettäviin palveluihin asti. Neuvolat, pienten lasten hoidon tukeminen ja koulu muodostavat peruspalvelujärjestelmän. Nämä palvelut säilytetään lähipalveluina. (STM 2006.) Perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen keskeisiä yhteistoiminta-alueita ovat vanhusten palvelut, päihdepalvelut, mielenterveystyö sekä lasten ja nuorten hyvinvoinnin turvaaminen. (STM PARAS-hankkeesta... 2006.) Sosiaali- ja terveydenhuollon laajaa väestöpohjaa edellyttävät tehtävät kootaan yhden alueellisen organisaation velvoitteeksi. Sillä on erityinen velvollisuus edistää alueellaan terveyden, toimintakyvyn ja sosiaalisen turvallisuuden huomioon ottamista.

5.6 Seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluiden vahvistamisen periaatteet

Kuntien alueellisen yhteistyön tai kuntaliitosten kautta sosiaali- ja terveyspalveluita tuottavien toimintayksiköiden määrä vähenee ja koko suurenee. Tämä tulee väistämättä heijastumaan myös seksuaali- ja lisääntymisterveyden yksiköiden suurenemiseen ja toiminnan keskittymiseen. Työryhmän arvion mukaan tämä antaa uusia mahdollisuuksia myös työntekijöiden tietotaidon sekä potilasturvallisuuden ja toiminnan laadun kehittymiseen.

Työryhmä on koonnut liitteeseen 3 joitakin käytössä olevista malleista järjestää seksuaali- ja lisääntymisterveyden palvelut sekä mahdollisia uusia malleja. Eri kunnat ja kuntayhtymät ratkaisevat palveluiden järjestämisen maantieteellisten ja muiden olosuhteiden pohjalta. Vaihtoehdot eivät kata kaikkia mahdollisuuksia, eikä niitä ole esitetty paremmuusjärjestyksessä. Taulukko on tarkoitettu ainoastaan työvälineeksi erilaisten palvelujen järjestämistapojen tarkasteluun, ja oma tapa voi löytyä myös eri vaihtoehtoja yhdistämällä. Työryhmä esittää edellä kuvattujen tulevaisuuden näkökohtien pohjalta, että äitiysneuvola- ja perhesuunnittelupalvelujen organisoinnissa noudatetaan seuraavia periaatteita:

1. Perusterveydenhuolto on ensisijainen palvelujen järjestäjä.
2. Osaamisen varmistamiseksi asiakasmäärän on oltava riittävä työntekijää kohden. Muita keinoja osaamisen varmistamiseksi ovat erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon kiinteä yhteistyö, konsultaatiomahdollisuus organisaatioiden välillä ja sisällä sekä työntekijöiden työkierto, täydennyskoulutus ja yhteisten hoitokäytäntöjen tuntemisen varmistaminen muilla keinoin.
3. Neuvolapalvelut säilyvät pääosin lähipalveluina, mutta osa palveluista kuten sikiöseulonnot ja niihin liittyvä neuvonta sekä synnytysvalmennus keskitetään.
4. Nuorten seksuaaliterveyspalvelut järjestetään lähipalveluina ja mahdollisuuksien mukaan erillisinä nuorisopalveluina.
5. Keskitettyjä palveluita tuottavilla työntekijöillä on erikoisosaaminen aihealueeseen.
6. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyö organisoidaan saumattomina hoitoketjuina ja yhteisistä toimintatavoista, hoito-ohjeista ja asiakkaille annettavista ohjeista sovitaan.
7. Palveluiden tarjonnassa on räätälöitävä yksilöllisiä vaihtoehtoja. Valtakunnalliset suositukset raskauden seurannasta päivitetään, ja niissä ohjeistetaan raskauden seurantaikäynnit, niiden määrä, sisältö ja yksilöllinen suunnittelu. Käyntien määrän vähentäminen tarjoaa mahdollisuuden laajempaan palveluiden suunnitteluun ja tuottamiseen muilla seksuaali- ja lisääntymisterveyden alueilla.
8. Peruspalveluiden tuottaminen perustuu sosiaali- ja terveydenhuollon sekä vapaaehtoisjärjestöjen toimijoiden verkostoitumiseen. Verkostoa käytetään asiakkaan palvelutarpeen mukaisesti.

LÄHTEET:

- Arbetsgruppen för kvalitetssäkring i Mödrahälsovården (red.) Nationell sammanställning av årsrapporter för mödrahälsovård, 2004.
- Gissler M. Hedelmällisyys Suomessa ennen, nyt ja tulevaisuudessa. Yhteiskuntapolitiikka 2003;68(6):553-67.
- Hakulinen-Viitanen T, Pelkonen M, Haapakorva A. 2005. Äitiys- ja lastenneurolatyo Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:22. Helsinki, 2005.
- Hartikainen A-L. Äitiysneuvolakäynnit lisääntyvät jatkuvasti – olisiko aiheutta toiminnan arviointiin? Suomen Lääkärilehti 2003;58:2437-40.
- HE 155/2006 vp. Hallituksen esitykseksi laiksi kunta- ja palvelurakenne-uudistuksesta.
- Hemminki E. Raskauksien hoidon vaikuttavuus. Suomen Lääkärilehti 2003;58:1209-11.
- Kinnunen T, Luoto R, Gissler M, Hemminki E. Pregnancy weight gain from 1960s to 2000 in Finland. Int J Obesity 2003;27:1572-7.
- Luoto R. Lasta odottavien ja synnyttäneiden äitien ravinto- ja liikuntaneuvonnan vaikuttavuus. Esitys Neuvolapäivillä 30.-31.10.2006. Tiivistelmä.
- Koponen P. Finnish public health nurses' experiences of primary health care based on the population responsibility principle. Journal of Advanced Nursing 1997;26:41-48.
- Nassar N, Roberst CL, Cameron CA, Olive EC. Diagnostic accuracy of clinical examination for detection of non-cephalic presentation in late pregnancy: cross sectional study. BMJ 2006;333:578-80.
- Opetusministeriö. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopintopisteet. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24. Helsinki, 2006.
- Pekurinen M, Junnila M, Idänpään-Heikkilä U, Wahlbeck K. Terveyspiiri. Eräs alueellisten sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisen malli. Stakes. Vaajakoski, 2006.
- Roundtable discussion: part 1. Why Do Women Go Along with This Stuff? Birth 2006;33:154-8.
- Sannisto T, Mattila K, Kosunen E. Raskauden ehkäisyneuvonta terveyskeskuksissa. Suomen Lääkärilehti 2006 (lähetetty julkaistavaksi).
- Socialstyrelsen 2001 Övergripande kvalitetsindikatorer inom hälso- och sjukvården. Socialstyrelsens förslag. Stockholm, 2001.
- Sormunen S, Hemminki E, Koponen P. Terveystenhoitajien ja kättilöiden kokeneisuus raskauden seurannassa. Suomen Lääkärilehti 2001;56:2563-6.
- Stakesin perhesuunnittelun ja äitiyshuollon asiantuntijaryhmä 1992-1995. Seulontatutkimukset ja yhteistyö äitiyshuollossa. Suositukset 1995. Stakes Oppaita 27. Jyväskylä, 1995.
- Stakesin perhesuunnittelun ja äitiyshuollon asiantuntijaryhmä, Kirsi Viisainen (toim.). Seulontatutkimukset ja yhteistyö äitiyshuollossa, suositukset 1999. Stakes Oppaita 34. Jyväskylä, 1999.
- Stakes. Äitiyshuollon asiantuntijaryhmä. Perhesuunnittelun ja äitiyshuollon palveluiden kehittäminen kunnissa. Julkaisematon aloite 13.3.1999.

- Stakes. Synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet - ennakkotiedot 2005. Stakes, 2006a.
Luettavissa: <http://www.stakes.fi/FI/Tilastot/Aiheittain/Lisaantyminen/synnyttajat/index.htm>
Luettu 26.10.2006.
- Stakes. Syntymärekisteri. Julkaisemattomia tietoja, 2006b.
- STM PARAS-hankkeesta: Uudistuksella yhdenvertaiset sosiaali- ja terveyspalvelut kaikille suomalaisille. Tiedote 464/2006 8.11.2006. Sosiaali- ja terveysministeriö. Luettavissa:
<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/documents/9101/index.htx> Luettu 7.12.2006.
- STM. Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2015 – kohti sosiaalisesti kestäväää ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:14. Helsinki, 2006.
- STM. Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä. Kansallinen tavoite- ja toimintaohjelma 2004–2007. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:18. Helsinki, 2003.

6 RASKAUTTA EDELTÄVÄ NEUVONTA

6.1 Neuvonnan järjestäminen

Raskautta edeltävää neuvontaa tarjotaan kaikille naisille ja heidän partnereilleen, jotka tarvitsevat spesialistin neuvontaa ennen raskaaksi tuloa joko lääketieteellisistä syistä tai perhesyistä. Neuvonta järjestetään perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon alueelliseen sopimukseen perustuen. Osa neuvonnasta voidaan toteuttaa sairaalan äitiyspoliklinikalla, jonne asiakas saa lähetteen terveyskeskuksesta. Liitteessä 4 on esitetty erilaisia malleja raskautta edeltävän neuvonnan järjestämiseksi. Riittävän isolla väestöpohjalla neuvonta voidaan järjestää myös perusterveydenhuollossa (Czeizel ym. 2005).

6.2 Raskautta edeltävä neuvonta äitiyspoliklinikalla

Raskautta suunnittelevalle naiselle olisi tehtävä alueellisesti sovitulla tavalla perusterveydenhuollosta lähete äitiyspoliklinikalle seuraavissa tapauksissa:

- naisella on akuutti tai krooninen sairaus
 - raskauden suunnittelu on **välttämätöntä**, jos naisella on joku seuraavista*: insuliinihoitoinen diabetes, vaikea epilepsia, LED, synnynnäinen tai hankittu sydänvika, tromboembolinen tauti, päihdeongelma, suvussa suomalaisen tautiperinnön tauti, johon perhe haluaa selvitystä
 - raskauden suunnittelu on **suositeltavaa**, jos naisella on joku seuraavista*: vaikea verenpainetauti, todettu tai epäilty verenvuototauti, muu vakava verisuoniston tauti, epätasapainossa oleva kilpirauhasen toimintahäiriö, keuhkosairaus (esim. vaikea-hoitoinen astma), hoidettu pahanlaatuinen kasvain, krooninen suoliston tauti, hepatiitti, kollageenitauti, synnyttelinten rakennepoikkeama tai neurologinen tauti
- aiempi ennenaikainen synnytys
- aikaisemmin kolme tai useampia peräkkäisiä keskenmenoja*
- naisen voimakas synnytyspelko*
- aikaisempi poikkeava synnytys, jonka läpikäyminen on jäänyt epätäydelliseksi (hätsäsektio/imukuppi- tai pihtisynnytys/puutteellinen kivunhoito)
- aiempi lapsen sikiö- tai vastasyntyneisyyskauden kuolema tai vammautuminen*
- perinnöllisen sairauden epäily*
- aiempi lapsen hermostoputken sulkeutumishäiriö*
- naisella on mielenterveysongelmia
- naisella on vaikea ylipaino (painoindeksi yli 35) (Ramsay ym. 2006): alueellisesti sovittava, miten ylipainoisten naisten raskautta edeltävä neuvonta, ohjaus ja tukeminen toteutetaan sairaanhoitopiireissä
- nainen* tai mies on HIV-positiivinen

*) sisältyy myös Stakesin perhesuunnittelun ja äitiyshuollon asiantuntijaryhmän (1999) suositukseen

3.3 Lapsettomuustutkimukset

Lapsettomuuden yleisyydestä ei ole Suomessa kovin tarkkoja tietoja. Arviolta joka viides tai kuudes pari kärsii jossain elämänsä vaiheessa lapsettomuudesta. (Hippeläinen ja Räsänen 2002, Tiitinen 2002.) Lapsettomuustutkimusten käynnistämistä harkitaan, jos raskaus ei ole alkanut vuoden kuluessa ehkäisyn lopettamisesta. Ne voidaan aloittaa jo aiemminkin, jos tiedossa on hedelmällisyyttä alentavia seikkoja. Perusterveydenhuollossa tutkimukset alkavat pariskunnan yleisterveyden sekä gynekologisen ja seksuaalihistorian selvittämisellä. Tutkimusten laajuus ja kiireellisyys määräytyvät esitietojen ja kliinisten löydösten perusteella. Perusterveydenhuollossa voidaan kartoittaa taustatiedot ja tehdä kliininen tutkimus sekä naisen perushormonikokeet. (Hippeläinen ja Räsänen 2002.) Myös siemennestetutkimus voidaan tehdä perusterveydenhuollossa, jos näin on alueellisesti sovittu. Näiden jälkeen lapsettomuustutkimukset jatkuvat erikoissairaanhoidossa. Julkisen sektorin lisäksi yksityisellä sektorilla on merkittävä rooli näiden palveluiden tarjoajana.

Tahattoman lapsettomuuden taustalla on monesti syitä, joita voitaisiin ehkäistä. Lisääntymisterveyttä edistävät klamydiainfektioiden ehkäisy ja tehokas hoito, normaalipainon säilyttäminen, iän vaikutuksen tiedostaminen hedelmällisyyden kannalta sekä tupakoimattomuus. Koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa olisi lisättävä seksuaaliterveyttä ja hedelmällisyyttä edistävää valistusta. (Anttila 2002.) Myös yhteiskunta- ja terveystieteiden toimenpiteillä on edistettävä yleisiä terveellisiä elämäntapoja.

Tavoitteet:

- pitkäaikaisesti sairaan naisen terveydentila on mahdollisimman hyvä hänen raskaaksi tullessaan ja mahdollisen lääkityksen käyttö on turvallista raskauden aikana
- nuoret ja aikuiset tuntevat lapsettomuuden taustalla olevat syyt ja riskitekijät sekä riskien ehkäisyn

Toimenpiteet:

- koulujen terveystiedon opetuksessa käsitellään lapsettomuuden taustalla olevia syitä ja riskitekijöitä sekä riskien ehkäisyä
- koulu- ja opiskeluterveydenhuollon asiakaskontakteissa annetaan soveltuvissa tilanteissa hedelmällisyyteen liittyvää valistusta
- pitkäaikaista sairautta sairastaville nuorille aloitetaan lapsen saamiseen liittyvä ohjaus jo fertiili-ikään tullessa sairautta hoitavan henkilökunnan toimesta
- raskautta suunnittelevan, pitkäaikaissairautta sairastavan naisen terveydentila arvioidaan ensisijaisesti äitiyspoliklinikalla
- terveydenhuollon toimintayksiköt yhteistyössä kolmannen sektorin kanssa suuntaavat nuorille ja aikuisille tiedotuskampanjoita lapsettomuuden riskitekijöiden ehkäisystä

LÄHTEET:

- Anttila L. Lapsettomuuden ennaltaehkäisy. *Duodecim* 2002;118:527-30.
- Czeizel AE, Gasztonyi Z, Kuliev A. Periconceptional Clinics: A Medical Health Care Infrastructure of New Genetics. *Fetal Diagnosis and Therapy* 2005;20:515-8.
- Hippeläinen M, Räsänen M. Lapsettomuuden perustutkimukset. *Duodecim* 2002;118:497-502.
- Ramsay JE, Greer I, Sattar N. ABC of obesity. Obesity and reproduction. *BMJ* 2006;333:1159-62.
- Stakesin perhesuunnittelun ja äitiyshuollon asiantuntijaryhmä, Kirsi Viisainen (toim.). Seulontatutkimukset ja yhteistyö äitiyshuollossa, suositukset 1999. Stakes Oppaita 34. Jyväskylä, 1999.
- Tiitinen A. Lapsettomuus – laajeneva ongelma? *Duodecim* 2002;118:493-4.

7 RASKAUDENAJAN HOITO

7.1 Suositusten taustaa

Stakesin perhesuunnittelun ja äitiyshuollon asiantuntijaryhmä on antanut vuonna 1999 suositukset seulontatutkimuksista sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyöstä ja työnjaoista äitiyshuollossa. Uudet ohjeet sikiöseulonnoista ilmestyvät vuoden 2007 aikana. Niiden tarkoituksena on yhtenäistää seulontojen toteuttamista ja asiakkaille annettavaa neuvontaa. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena –opas (STM 2004) antaa myös ohjeita äitiysneuvolatoiminnan sisällöstä. Imetystä koskevat suositukset sisältyvät imeväis- ja leikki-ikäisten lasten, odottavien ja imettävien äitien ravitsemussuositukseen vuodelta 2004 (Hasunen ym. 2004) sekä Lastenneuvolaoppaaseen (STM 2004). WHO on julkaissut hyväksymänsä maailmanlaajuiset perinataalihoidon periaatteet (taulukko 7.1) ja suositukset (WHO 1996, 2003).

Taulukko 7.1. WHO:n hyväksymät perinataalihoidon periaatteet

Periaate	Sisältö
1. Normaalin raskauden ja synnytyksen hoidossa on vältettävä medikalisaatiota	Hoito on toteutettava minimimäärällä interventioita ja hoidossa on käytettävä mahdollisuuksien mukaan mieluummin vähemmän kuin enemmän teknologiaa
2. Hoidossa on käytettävä tarkoituksenmukaista teknologiaa	Tarkoituksenmukaisella teknologialla tarkoitetaan toimintojen kokonaisuutta, johon kuuluvat menetelmät, tekniikat, varustus ja muut välineet, joita sovelletaan tietyn ongelman ratkaisemiseen. Tällä periaatteella pyritään vähentämään teknologian ylikäyttöä tai monimutkaisen teknologian käyttöä silloin, kun yksinkertaisempi menetelmä riittäisi tai voisi olla paras.
3. Hoidon on perustuttava näyttöön	Näyttöön perustuva hoito tarkoittaa parhaan saatavilla olevan tutkimusnäytön ja satunnaistettujen prospektiivisten tutkimusten tuottaman tiedon käyttöä aina kun se on mahdollista ja sopivaa.
4. Hoidon on oltava porrastettu tarkoituksenmukaisesti	Hoidon on oltava porrastettu tarkoituksenmukaisesti ja perustuttava tehokkaaseen järjestelmään, jossa perusterveydenhuollosta lähetetään tarvittaessa erikoissairaanhoidon
5. Hoidon on oltava moniammatillista	Hoitoon osallistuvat kättilöt, synnytyslääkärit, neonatologit, sairaanhoitajat, perhe- ja synnytysvalmennusta pitävät henkilöt sekä sosiaali-alan ammattilaiset.
6. Hoidon on oltava kokonaisvaltaista	Hoidossa on otettava huomioon naisten, lasten ja perheiden älylliset, emotionaaliset, sosiaaliset ja kulttuuriset tarpeet, ei vain biologinen hoito.
7. Hoidon on oltava perhekeskeistä	Naisen ja vastasyntyneen tarpeiden lisäksi hoidon tulee kohdistua naisen partneriin, lähiomaisiin ja ystäviin.
8. Hoidon on oltava kulttuurin huomioivaa	Hoidossa tulee ottaa huomioon sekä sallia kulttuurisia variaatioita asiakkaiden odotuksissa.
9. Naisten on saatava osallistua hoitoaan koskevaan päätöksentekoon.	-
10. Hoidossa on kunnioitettava naisten yksityisyyttä, arvokkuutta ja luottamuksellisuutta	-

Lähde: Chalmers ym. (2001)

Tämän ohjelman suosituksissa käsitellään raskaana olevien naisten ja heidän perheidensä hoidon kehittämisessä seuraavia teemoja:

- vanhemmaksi kasvu ja varhainen vuorovaikutus
- synnytysvalmennus osana perhevalmennusta
- imetyksen ohjaus ja tukeminen
- synnytyssuunnitelma
- synnytyspelon käsittely
- verkostoituminen erityisryhmille palveluja tuottavien muiden tahojen kanssa
- ylipainoisten äitien ohjaus ja seuranta
- alkoholinkäyttö, päihteitä käyttävien äitien tunnistaminen ja hoito
- tupakoivien äitien ohjaus ja tukeminen
- HIV – äiti -lapsitartuntojen ehkäiseminen
- keskenmenopotilaan jälkitarkastus ja psykososiaalinen tuki

Suosituksissa mainittujen erityisryhmien (luku 7.7) lisäksi hyvin nuorilla ja hyvin iäkkäillä synnyttäjillä on kohonnut riski oman terveyden ja myös sikiön kehityksen kannalta. Tämän vuoksi alle 17 -vuotiaiden ja yli 40 -vuotiaiden raskauksia on seurattava tavallista tarkemmin. Erityisseurantaa saattavat tarvita myös naiset, joiden raskaus on alkanut lapsettomuushoitojen tuloksena.

7.2 Vanhemmaksi kasvu ja varhainen vuorovaikutus

Vanhemmuutta ja varhaista vuorovaikutusta käsitellään laajasti tuoreessa suomalaisten asiantuntijoiden kirjoittamassa teoksessa Äidin ja vauvan varhainen vuorovaikutus (toim. Niemelä ym. 2003) sekä Lastenneuvola lapsiperheiden tukena –oppaassa (STM 2004).

Äidiksi ja isäksi kasvamisen tukeminen aloitetaan raskauden aikana. Vanhemmuus on monimuotoinen vuorovaikutusprosessi, joka alkaa kehittyä ja muotoutua jo oman varhaislapsuuden, lapsuuden, nuoruuden ja varhaisaikuisuuden aikana, ennen omaa vanhemmuutta. Vanhemman ja lapsen vuorovaikutus on molemminpuolista ja molemmilla on mahdollisuus kehittyä siinä. Varhainen vuorovaikutus alkaa jo raskauden aikana ruumiillisen dialogin muodossa. Siinä ovat mukana äidin mielikuvat eli representaatiot vauvasta, omasta äitiydestä, vauvan isästä ja omasta itsestä vauvana. Myös isällä on mielikuvia, jotka ovat syntyneet vastaavasti hänen vuorovaikutuskokemuksistaan itselle merkittävien ihmisten kanssa. Isä voi olla ruumiillisessa dialogissa vauvan kanssa koskettelemalla häntä äidin vatsanpeitteen läpi. (Siltala 2003.) Jos vanhemmilla ei ole mielikuvia lapsesta, pitäisi heitä tukea niiden tunnistamisessa.

Vanhempia ohjataan havainnoimaan vastasyntyneen viestejä ja vastaamaan niihin tarkoituksenmukaisesti.

Lapsen turvallinen kiintymyssuhde syntyy, kun tietyt tapahtumasarjat toistuvat monta kertaa. Lapsi huomaa mielekkäitä syy-seuraussuhteita, kun äiti syöttää hänet hänen itkiessään nälkäänsä tai vanhemmat tulevat lohduttamaan hänen itkiessään kaipuuta tai pahaa oloa. (Siltala 2003.)

Jo raskaudenaikaisessa ohjauksessa on tärkeää korostaa tuleville vanhemmille näitä konkreettisia keinoja, joilla lapsen turvallisuuden kokemusta tuetaan.

7.3 Synnytysvalmennus osana perhevalmennusta

Riittävä tiedon saanti on merkittävä asia naisen raskauden ja synnytyksen aikaisten tuntemusten kannalta. Tutkimusten mukaan perhevalmennuksella (Crowe ja von Bayer 1989, Melender 2002) ja tiedon saannilla yleensä (Drummond ja Rickwood 1997) on tärkeä rooli synnytykseen liittyvien pelkojen lievittämisessä. Tuoreessa neuvolaselvityksessä (Hakulinen-Viitanen ym. 2005) yleisin ryhmätoiminnan muoto neuvolassa oli perhevalmennus. Sitä oli tarjolla runsaammin ensi- kuin uudelleensynnyttäjille. Valtakunnallisessa monikkoperhevalmennusprojektissa (Häkkinen 2006) on laadittu ohjausmateriaalia perheille, joihin odotetaan useampaa kuin yhtä lasta (www.suomen-monikkoperheet.fi). Perusterveydenhuollossa koko perhevalmennusta koordinoi äitiysneuvolan terveydenhoitaja tai kättilö. Vastuu synnytys –teemasta voisi olla kättilöllä, jolla on aiheesta runsaasti synnytyssairaalassa hankittua tietoa. Myös sairaala voi järjestää synnytysvalmennusta. Liitteessä 5 on esitetty hyviä käytäntöjä synnytyssairaaloiden järjestämissä synnytysvalmennuksissa.

Raskaudenaikaisessa perhevalmennuksessa suositellaan käsiteltävän ainakin seuraavat teemat:

- raskauden herättämät erilaiset tunteet, odotukset ja ajatukset*
- raskauden ja imetyksen tuomat fyysiset ja psyykkiset muutokset*
- synnytyksen jälkeisten mielialamuutosten kuten masennuksen ennakointi
- isän merkitys ja rooli
- lapsen tuomat muutokset perheen elämään
- synnytys*
- vauvan varusteet*
- vauvan hoito ja imetys, isän rooli imetyksessä* ja vauvan hoidossa
- vanhemmuuden tuomat muutokset parisuhteeseen ja seksuaalisuuteen*
- perhe-etuudet*, etenkin vanhempainvapaa
- perheiden palvelut kunnassa*
- valmistautuminen kotiinpaluuseen synnytyssairaalasta (tavallisimmat pulmat, tuensaantimahdollisuudet)
- pari- ja lähisuhdeväkivallan ehkäiseminen

*) Sisältyy myös Lastenneuvola lapsiperheiden tukena –oppaan (STM 2004) suositukseen

Perhevalmennuksen **synnytys-teemassa** suositellaan käsiteltävän seuraavia teemoja:

- synnytyksen kulku ja vaiheet*
- poikkeavat tilanteet synnytyksessä*
- synnytykseen valmentautuminen psyykkisesti ja harjoittelemalla
- synnytyksen suunnittelu sekä osallistuminen päätöksentekoon hoidosta
- isän tai tukihenkilön rooli synnytyksessä*, psykososiaalisen tuen merkitys
- kivun hallinta*, kivun merkitys
- raskauteen ja synnytykseen liittyvät pelot ja niiden käsittely
- varhaisen ihokontaktin merkitys, vastasyntyneen ja vanhempien vuorovaikutus
- varhaisimetyksen merkitys, imetyksen suunnittelu, sairaalan toiminta imetyksen tukemiseksi (vierihoitoa koskevat järjestelyt, lisämaidon antamisen perusteet)
- informaatio synnytyssairaalasta*

Teemaan suositellaan liitettäväksi tutustumiskäynti synnytyssairaalaan.

*) Vehviläinen-Julkusen (1995) tutkimuksessa vanhempien erityisen tärkeänä pitämät aiheet

Perhevalmennuksen järjestämistä pienryhmissä suositellaan, sillä ne tarjoavat vanhemmille yhden mahdollisuuden saada vertaistukea. Vertaisryhmät tarjoavat sosiaalista tukea, joka on tärkeää esimerkiksi äitien ja isien selviytymisen kannalta lapsen synnyttyä (Tarkka 1996). Vertaisryhmiä järjestetään sekä paikallisesti että internetissä. Paikallisia vertaisryhmiä voivat järjestää neuvola ja esimerkiksi kolmas sektori (ks. STM 2004.) Äitiysneuvolatoimintaa voidaan järjestää myös ryhmäneuvolana (Hakulinen-Viitanen ym. 2005).

7.4 Imetyksen ohjaus ja tukeminen

Lasta odottavan perheen on saatava parasta mahdollista imeväisikäisen ruokintaa koskevaa tietoa ja tukea jo raskausaikana. Äidin hyvä ravitsemus luo pohjan rintaruokinnalle ja äidin jaksamiselle. (Hasunen ja Rynnänen 2005). Imetyksen merkitys kansanterveyden edistämiskeinona on kasvanut, koska uutta tutkimustietoa imetyksen merkityksestä liikapainon, diabeteksen sekä sydän- ja verisuonitautien ehkäisyssä julkaistaan jatkuvasti (ks. esimerkiksi Erkkola 2006). Sosiaali- ja terveysministeriö (Hasunen ym. 2004) suosittelee kuuden kuukauden täysimetystä Maailman terveysjärjestön WHO:n kansainvälisen strategian mukaisesti. Tämän jälkeen suositellaan osittaista imetämistä vuoden ikään tai pidempäänkin, mikäli vanhemmat niin haluavat.

Tavoitteena 6 kuukauden täysimetys normaalipainoisina syntyneille lapsille!

Vuonna 2005 tehdyn selvityksen mukaan suomalaisäidit imettivät aiempaa hieman pidempään. Myös täysimetys oli aiempaa yleisempää. Kuukauden ikäisistä lapsista 87 %, kolmen kuukauden ikäisistä 76 % ja puoli vuotta täyttäneistä 60 % sai äidinmaitoa. Huolestuttavaa oli kuitenkin al-

le kuukauden ikäisten lasten täysimetyksen väheneminen ja runsas lisäruoan anto vastasyntyneille. Alueelliset vaihtelut olivat suuria. Vuonna 2005 alle kuukauden ikäisten täysimetettyjen lasten osuus oli 60 %. Vuonna 2000 vastaava osuus oli 65 % ja vuonna 1995 68 %. (Hasunen ja Ryyänen 2005.) Ruotsissa vastaava luku oli 71% vuonna 2003 ja Islannissa 67% vuonna 2001 (WHO Terveyttä kaikille –tietokanta 2006).

Vanhempien hyvät tiedot imetyksestä ovat yhteydessä imetyksen pidempään keston (Hannula 2003). Perhevalmennuksessa olisikin kerrottava imetyksen eduista ja perusteltava valtakunnallisten imetyssuosittelusten mukaista imetystä myös isille, koska isän tuki imetykselle on tärkeää äidin näkökulmasta (Hannula 2003) ja imetyksen jatkumisen kannalta (EU 2004a, b). Sosiaali- ja terveysministeriön suosituksen (Hasunen ym. 2004) mukaan ohjauksessa olisi saatava perustiedot

- imetyksen anatomiasta ja fysiologiasta
- imetyksen tekniikasta
- rintojen hoidosta
- imetysongelmien ennaltaehkäisystä
- kuinka itse toimimalla voi sairaalassa edesauttaa imetyksen käynnistymistä (varhainen ensi-imetys, vierihoito, vauvantahtinen imetys sekä pullojen ja tuttien välttäminen imetyksen varhaisvaiheessa)

Imetysohjauksen tukena käytetään uudistettuja vanhemmille tarkoitettuja oppaita. Rinnalla ja Imeväisen lapsen ruoka sisältyvät äitiyspakkaukseen ja Meille tulee vauva –kirjanen jaetaan kaikille vanhemmille äitiysneuvolasta. Henkilökunnan on tärkeää tuntea näiden kirjasten sisältö, jotta he voivat viitata niihin ja rohkaista vanhempia lukemaan niitä. Tutkimusten mukaan erityistä tukea imetykselleen tarvitsevat yksinhuoltajat sekä vähän koulutetut, nuoret ja tupakoivat äidit (Hasunen ym. 2004) sekä aiemmin imetyksessä epäonnistuneet tai lyhyen aikaa imettäneet uudelleensynnyttäjät (Hannula 2003). Uudelleensynnyttäjien aiemmista imetykokemuksista olisi keskusteltava neuvolakäynneillä. Mikäli imetys on ollut ongelmallista, olisi pohdittava ongelmien syitä ja vahvistettava äidin itseluottamusta sekä tietoja siitä, kuinka toimimalla hän halutessaan voi onnistuneesti imettää tulevaa lastaan. HIV-positiivisten äitien ei tule imettää tartunnanvaaran vuoksi.

Hoitajat tarvitsevat imetysohjaajina toimiakseen riittävästi ajantasaista tietoa imetyksen terveysvaikutuksista, toimintatavoista ja säädöksistä, esimerkiksi äidinmaitokorvikkeiden markkinointikoodista, sekä kykyä ohjata imetykseen liittyviä taitoja. Tämä tietotaito saadaan imetysohjaajakoulutuksesta, joka olisi oltava kaikilla imettäviä äitejä ohjaavilla. Imetysohjaajakoulutus sisältyy kättilön ja terveydenhoitajan osaamisvaatimuskuvauksiin (Opetusministeriö 2006). Äidit arvostavat yksilöllistä ohjausta, jossa otetaan huomioon aiemmat kokemukset ja toiveet (Dykes 2005). Myös hoitajien osoittama empatia ja emotionaalinen tuki kuuluvat hyvään ohjaukseen (Tarkka ym. 1998). Äidit toivovat hoitajien tukevan heidän itseluottamustaan sekä rohkaisevan ja kannustavan imetykseen (Ingram ym. 2002, Dykes 2005).

7.5 Synnytyssuunnitelma

Synnytyssuunnitelma edistää naisen itsemääräämisoikeutta ja hallinnan tunnetta synnytyksen aikana (Ryttyläinen 2005). Siihen kootaan naisen etukäteistoivomukset hoidosta synnytyssairaalassa. Suunnitelman laatiminen perustuu naisen ja kättilön käymiin keskusteluihin ennen synnytystä. Koska synnytyksenaikaisia tapahtumia ei voi varmuudella ennustaa, keskustellaan myös siitä

mahdollisuudesta, että synnytyksessä ilmenee jotain poikkeavaa eikä synnytys sujukaan suunnitellulla tavalla. (Hewson 2004.) Synnytysuunnitelma on osa sähköistä synnytyskertomusta ja potilasasiakirjoja. Suomessa synnytysuunnitelma on käytössä joissain sairaaloissa, mutta palvelua ei ole toistaiseksi tarjolla kaikille raskaana oleville naisille.

7.6 Synnytyspelon käsittely

Synnytykseen liittyviin pelkoihin on tartuttava neuvolassa heti niiden ilmetessä ja käsitellä niitä asiakkaan tarpeiden mukaan. Synnytykseen liittyvä jännitys on normaalia, mutta voimakkailla peloilla voi olla vakavia ja pitkäaikaisiakin seurauksia. Tutkimusten mukaan peloilla voi olla yhteyttä esimerkiksi kielteiseen synnytyskokemukseen (Soet ym. 2003, Vallimies-Patomäki 1998), synnytyksen jälkeiseen masennukseen (Saisto ym. 2001a) sekä kipuihin synnytyksen aikana (Lang ym. 2006). Voimakkaasti pelkäävät naiset saattavat toivoa keisarileikkausta alatiesynnytyksen sijaan (esim. Gamble & Creedy 2001, Hildingsson ym. 2002).

Pelkojen käsittelyssä on tärkeää antaa naiselle tilaisuus käsitellä mahdollisia aikaisempia kielteisiä kokemuksiaan sekä antaa asiallista tietoa ja tukea. Pelkoja käsitellään myös perhevalmennuksessa. Tarvittaessa tehdään lähete äitiyspoliklinikalle, jos pelot haittaavat äidin elämää huomattavasti ja erityisesti, jos äiti toivoo keisarileikkausta, vaikka alatiesynnytykselle ei olisi estettä (Stakesin... 1999). Synnytyspelkojen hoidolla äitiyspoliklinikalla on mahdollista vaikuttaa siihen, että synnyttäjät valitsee aluksi toivomansa keisarileikkauksen sijaan alatiesynnytyksen (Sjögren ja Thomassen 1997, Saisto ym. 2001b).

7.7 Verkostoituminen erityisryhmille palveluja tuottavien muiden tahojen kanssa

Erityisryhmiin kuuluvien asiakkaiden raskauden seuranta ja hoito edellyttävät verkostoitumista muiden palvelujen tuottajien kanssa. (Heimo 2002, ks. myös luku 5.3 ja 5.5). Näitä palveluja tuotetaan esimerkiksi sosiaalitoimessa tai kolmannella sektorilla. Ammattihenkilöiden on osattava tunnistaa erityisryhmiin kuuluvat asiakkaat ja tietää, miten heitä hoidetaan ja mitä muita palveluita heidän auttamisekseen on käytettävissä. Tällaisia erityisryhmiä ovat seuraavat:

- päihhteitä väärinkäyttävät asiakkaat
- mielenterveysongelmista kärsivät asiakkaat
- perheet, joissa esiintyy perheväkivaltaa ja parisuhdeongelmia (ks. luku 13)
- maahanmuuttajat
- vammaiset asiakkaat
- perheet, joihin odotetaan sairasta tai vammaista lasta

Joidenkin erityisryhmien seulontaa varten on käytettävissä kyselylomakkeita. Esimerkiksi lastenneuvolaoppaassa suositellaan, että parisuhdeväkivallasta kysytään kaikilta raskaana olevilta naisilta viimeistään raskauden kahden ensimmäisen kolmanneksen aikana. Kyselylomakkeita on julkaistu seuraavista aihealueista.

- synnytyspelko¹
- perhe- ja lähisuhdeväkivalta²

- alkoholin käyttö^{1,3} (myös liite 6, ks. myös luku 7.9)
- huumeiden käyttö³

¹⁾ Stakesin perhesuunnittelun ja äitiyshuollon asiantuntijaryhmä (1999)

²⁾ STM (2004)

³⁾ Päihdelinkki (www.paihdelinkki.fi/testit)

7.8 Ylipainoisten äitien ohjaus ja seuranta

Lihavuus on kasvava ongelma kaikissa kehittyneissä maissa (Wood 2006). Odottavan äidin ylipainoon liittyy raskausdiabeteksen ja kohonneen verenpaineen riski. Käytännöllisiä ongelmia tuottavat ulkotutkimuksen ja ultraäänitutkimuksen tekemisen vaikeus sekä mahdolliset virheet sydänäänien kuuntelussa ja verenpaineen mittauksessa. Ylipainoisilla äideillä on raportoitu enemmän yliaikaisuutta ja synnytyksen käynnistytksiä, keisarileikkauksia, epäonnistuneita toimenpidesynnytyksiä ja synnytyksen jälkeistä verenvuotoa. Komplikaatioita voi liittyä myös mahdolliseen anestesiaan. Lapsivuodeaikaan liittyy kohonnut tulehdusriski. Ylipaino on yhteydessä myös lapsen painoon ja terveyteen. (Tiitinen ym. 2000, Morin-Papunen ja Tapanainen 2005, Krishnamoorty 2006.)

Raskaudenajan painonnousutavoite on yksilöllinen ja määritellään asiakkaan kokonaistilanteen mukaan. Painonnousua arvioitaessa otetaan huomioon lähtöpaino, aiemmat painonmuutokset, rakenteelliset erot sekä loppuraskaudessa mahdollinen turvotus. Paino nousee raskauden aikana keskimäärin 12,5 kg. Jos naisen painoindeksi on yli 26, suositeltava painonnousu sikiön kehityksen kannalta on 7–11,5 kg. Jos painoindeksi on yli 29 ja naisella on muita gestatiiodiabeteksen riskitekijöitä, tavoitteena on, että paino ei nouse raskauden aikana enempää kuin 6-8 kg. (Hasunen ym. 2004.)

Useimmat naiset ovat motivoituneita muuttamaan ruokavaliotaan raskauden aikana, ja pienetkin muutokset hillitsevät painonnousua. Neuvolassa äitiä voidaan pyytää pitämään ruokapäiväkirjaa, mikä auttaa usein huomaamaan itse turhat energianlähteet. Muutosten täytyy tuntua äidistä itsestään toteuttamiskelpoisilta. Painonnousua tasaa myös kaikenlainen liikunta. (Hasunen ym. 2004.) Merkittävästi ylipainoiset naiset voidaan ohjata erikoissairaanhoidon joko raskauden alussa tai jo raskauden suunnitteluvaiheessa. Jatkuvan seurannan, ohjauksen ja tuen lisäksi hoitoon kuuluvat ravitsemusterapeuttiset palvelut.

UKK-instituutin meneillään olevassa NELLI-tutkimuksessa (Neuvonta, elintavat ja liikunta neuvolassa) selvitettiin liikunta- ja ravitsemusneuvonnan vaikutusta fyysiseen aktiivisuuteen, ravintotottumuksiin, raskauden aikaiseen painonnousuun ja synnytyksen jälkeiseen painon palautumiseen. Koeneuvoloiden terveydenhoitajat toteuttivat liikunta- ja ravitsemusneuvonnan intervention osana rutiinikäyntejä, kontrollineuvoloissa käynnit toteutuivat entiseen tapaan. Neuvonnan lisäksi koeneuvoloiden äideillä oli mahdollisuus osallistua kerran viikossa vertaisryhmäliikuntaan omalla asuinalueella. Interventio lisäsi raskaana olevien kasvisten, hedelmien ja marjojen käyttöä ja piti yllä runsaskuituisen leivän osuutta kaikesta leivästä. Koeryhmäläiset säilyttivät kontrolliryhmäläisiä paremmin ennen raskautta olleen vähintään kohtuullisesti kuormittavan liikunnan määrän raskauden loppuun asti. Painonnousussa raskauden aikana ei ollut eroja. Koeryhmän äitien lapsista yksikään lapsista ei ollut suurikokoinen, mutta kontrolliryhmän lapsista 15 prosenttia oli suurikokoisia. (Luoto 2006.)

Ylipaino on merkittävä raskausdiabeteksen riskitekijä, mutta kaikista raskausdiabeteksen riskissä olevista naisista noin neljäsosa on normaalipainoisia. Heidän diabetesriskinsä tulee todennä-

köisesti sukutaustan kautta. Riskitekijöitä ovat myös aikuisiän diabetesta sairastava lähisukulainen, yli 40 vuoden ikä tai aiemmassa raskaudessa esiintynyt raskausdiabetes. Painonhallinta on yksi tekijä raskausdiabeteksen ehkäisyssä raskauden aikana. (Ben-Haroush ym. 2003, Leinonen ja Teramo 1999.) Raskausdiabeteksen hoidosta on valmisteilla Käypä hoito –suositus (ks. www.kaypahoito.fi). Myös ylipainoisen odottajan hoidosta ja raskaudenaikaisesta painonnoususta tarvitaan kansallinen hoitosuositus.

7.9 Päihteitä käyttävien äitien tunnistaminen ja hoito

Alkoholin käyttö raskauden aikana

Sikiöaikainen alkoholi-altistus voi johtaa laajuudeltaan ja vaikeusasteeltaan hyvin monimuotoiseen oireyhtymään (ks. Halmesmäki ja Autti-Rämö 2005). Alkoholin käytön yleisyydestä raskauden aikana ei ole ollut koko maan tasolla tarkkaa käsitystä, koska tietoa ei voida luotettavasti kerätä Stakesin syntymärekisteriin. Lisäksi alkoholin, huumeiden ja lääkkeiden sekakäyttö on tavallista, joten yksittäisen aineen osuutta ja vaikutuksia on usein vaikea arvioida, useimmiten alkoholi on kuitenkin mukana. (Autti-Rämö ja Ritvanen 2005). Turussa tehdyssä tutkimuksessa 6 prosentilla odottavista äideistä oli päihderiippuvuus (Pajulo 2001). Epämuodostumarekisteriin ilmoitetuissa merkittävässä epämuodostumissa alkoholi on taustatekijänä noin 1 prosentissa tapauksista (Autti-Rämö ja Ritvanen 2005). Äidin päihteiden käyttö on yleisin syy pienten lasten huostaanottoihin Suomessa (Kalland ja Sinkkonen 2001).

Alkoholin riskikäytön tunnistamisessa ennaltaehkäisevä lähestymistapa merkitsee sitä, että kaikilta aikuispotilailta kysytään alkoholinkäyttöä ja myös humalajuomista. WHO:n AUDIT-testi (liite 6) on kyselylomake, jonka kolmesta ensimmäistä, riskikäytön tunnistamiseksi kehitettyä kysymyksestä (AUDIT-C) on luotettavaa tutkimustietoa. Varhainen riskikäytön tunnistaminen onnistuu parhaiten, kun se on osa kliinistä toimintaa. Se tarkoittaa esimerkiksi kysymistä kaikilta uusilta potilailta heidän tullessaan vastaanotolle. Ei ole näyttöä siitä, että systemaattisella kysymisellä kaikilta olisi kielteisiä seurauksia, esimerkiksi potilaiden kiusaantumista tai tyytymättömyyttä. (Alkoholi ja perusterveydenhuolto 2006). Neuvolaselvityksen (Hakulinen ym. 2005) mukaan viidesosa terveydenhoitajista käytti AUDIT-kyselyä säännöllisesti ja lähes kaksi viidesosaa tarvittaessa. Lääkäreistä vähän alle joka kymmenes hyödynsi testiä säännöllisesti, mutta lähes kaksi kolmasosaa hyödynsi sitä tarvittaessa.

Alkoholia ei tule käyttää lainkaan raskauden aikana

Äitiysneuvolassa tehtävän AUDIT-kyselyn tulosten tulkinta on tärkeää. Jos kyselyn pisteet ylittyvät, voivat neuvolan työntekijät ja erityispalveluiden edustajat yhteistyössä miettiä, voiko neuvola tukea päihitteettömyyttä, jos vielä ei ole kysymys pitkällä olevasta päihderiippuvuudesta vaan esimerkiksi suurkulutuksesta, vai ohjataanko asiakas eteenpäin erityispalveluiden antaman hoidon ja tuen piiriin. Etenkin suurissa kaupungeissa on sovittu hoitoketjut, jotka määrittävät oikean vastuutahon ja takaavat oikea-aikaisen avun. Kokonaishoidossa on tärkeää, että palvelu- ja hoitoketjut toimivat. Jos päihdeongelma havaitaan vasta synnytyssairaalassa, äidin hoitoonohjauksen on tapahduttava sieltä käsin. Jos äidillä ja lapsella on äidin odotusaikaisesta päihteidenkäy-

töstä johtuvia vieroitusoireita, on tilanne lapsen kannalta erittäin kriittinen ja hoitoonohjaus äärimmäisen tärkeää. (Maarit Andersson, henkilökohtainen tiedonanto)

Päihdeäitien ohjaus synnytyksen jälkeen

Somaattisten haittojen lisäksi päihteiden käyttö haittaa äidin ja lapsen välistä varhaista vuorovaikutussuhdetta. Päihteiden käytön vaikutukset lapsen syntymän jälkeen, äidin vaikea psykososiaalinen tilanne sekä monesti hyvin huonot omat varhaiset hoivakokemukset vaikeuttavat äidin kykyä hoivata lastaan ja huolehtia hänestä erityisesti raskauden aikana, mutta myös myöhemmin. Lapsi on riippuvainen äidin ratkaisuista ja käyttäytymisestä ja siksi on tärkeää kehittää päihdeongelman tunnistamista, hoitoa ja lapsen kehityksen tiivistä seurantaa. (Savonlahti ym. 2003.)

Neuvolat tarvitsevat erityiskoulutusta ja tukea havaitakseen äitien päihdeongelmat ja voidakseen paneutua päihteenkäyttäjien seurantaan ja hoitoon motivointiin. Lapsen kannalta pienikin päihhteettömyyden lisääntyminen voi olla merkityksellistä. Tärkeää on hoidon alkaminen mahdollisimman varhain raskauden aikana ja jatkuminen riittävän pitkään sellaisena, että siinä huomioidaan myös lapsen kehityksen seuraaminen ja tukeminen. (Savonlahti ym. 2003.)

Suomessa päihdeäitien ja heidän lastensa hoitoa on kehitetty lähinnä pioneeriluontoisesti, ja valtakunnallisesti hoitopaikkoja on riittämättömästi. Erityinen resurssien kohdistaminen näihin äiti-vauvapareihin tuottaa tuloksia. Hoitokontakti, jossa päihhteettömyyden lisäksi voidaan keskittyä äitiyteen ja äidin ja vauvan suhteeseen näyttää suojaavan vauvoja, koska suorat ainevaikutukset vähenevät, äidillä on tukiverkosto äitiydelleen ja mahdollisten retkahdusten tapahtuessa vauvasta huolehtivat hänelle tutut hoivaajat. (Savonlahti ym. 2003.) Päihdeongelmien hoitoon erikoistuneita ensikoteja ja avopalveluyksiköitä on eri puolilla Suomea (ks. esim. www.ensijaturvakotienliitto.fi). Jälkimmäisessä toteutetaan päihdeongelmaisten odottavien äitien ja pienten vauvojen perheiden avohoitoa sekä ensikodista kotiutuvien jälkihoitoa. Lisäksi yksikkö tekee palveluverkostossa etsivää työtä, jonka tavoitteena on löytää päihdeongelmaiset äidit ja ohjata heidät hoitoon mahdollisimman aikaisessa vaiheessa. Sitä on toteutettu muun muassa neuvolassa järjestetyissä ryhmissä, yhteistyössä neuvolan työntekijän kanssa, sekä olemalla mukana perhevalmennuksessa keskustelemassa päihteiden riskeistä raskauden aikana ja pikkuvauva-aikana. (Maarit Andersson, henkilökohtainen tiedonanto)

Käynnissä olevan tutkimuksen (Päihdeongelmaisten... 2006) alustavien tulosten mukaan päihdeongelmien hoitoon erikoistuneissa ensikodeissa kuntoutettavien äitien lasten kehitys on edennyt hyvin. Kenelläkään tutkimusryhmän äideistä ei ole ollut vakavia päihderetkahduksia lapsen ensimmäisen ikävuoden aikana eikä lasten huostaanottoja ole tarvittu. Äitien vuorovaikutuskykyjen yksilölliset erot ovat olleet suuria ja psyykkistä oireilua on esiintynyt paljon. Hoidon alussa ei voida ennakoida sitä, ketkä tulevat hyötymään hoidosta ja keiden vuorovaikutus vauvan kanssa kehittyy riittävän hyväksi. Kaikilla olisi oltava mahdollisuus hoitoon.

7.10 Tupakoivien äitien ohjaus ja tukeminen

Raskauden aikana tupakoivia naisia on viimeisten kymmenen vuoden aikana ollut kaikista synnyttäjistä noin 15 %. Vuonna 2005 tupakoinnin oli lopettanut raskauden ensimmäisen kolmanneksen aikana 22 %, kun vuonna 1995 luku oli 9 %. Alle 20 -vuotiaista synnyttäjistä lähes puolet tupakoi raskauden aikana vuonna 2005, ja heistä 16 % lopetti tupakoinnin raskauden ensimmäisen

kolmanneksen aikana. Yli 35 -vuotiaista joka kymmenes tupakoi raskauden aikana ja joka viides lopetti tupakoinnin. (Stakes 2006a.)

Tupakoivia äitejä on ohjattava tupakoinnin lopettamiseen sekä neuvolassa että synnytyssairaalassa. Ohjauksen tulee sisältää tietoa tupakoinnin haitoista äidille ja lapselle sekä psyykkistä tukea. Ohjausta voidaan toteuttaa sekä yksilö- että ryhmäohjauksena (Tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vieroitushoidot: Käypä hoito –suositus 2002). Pienten lasten vanhempien tupakoinnin lopettamiseen liittyvää ohjausta on käsitelty myös Lastenneuvola lapsiperheiden tukena –oppaassa (STM 2004).

Tupakoinnin lopettamiseen tähtäävät ohjelmat vähentävät äidin tupakointia raskauden aikana ja siten pienentävät ennenaikaisten synnytysten ja pienen syntymäpainon esiintyvyyttä (Tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vieroitushoidot: Käypä hoito –suositus 2002).

Nikotiinikorvaushoitoa voidaan harkita sellaisen tupakoijan tukihoitona, joka ei muuten pysty lopettamaan. Raskaana oleville ja imettäville naisille nikotiinivieroitushoito on parempi vaihtoehto kuin tupakointi. Nikotiini voi aiheuttaa lasten normaalia pienempää syntymäpainoa, koska se haittaa sikiön verenkiertoa. Rintamaitoon erittyvänä nikotiini aiheuttaa lapselle oireita. Näistä syistä korvaushoitoina tulee suosia niitä valmistemuotoja, joiden vaikutus on hetkellistä, eikä jatkuvaa. (Tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vieroitushoidot: Käypä hoito –suositus 2002.)

7.11 HIV – äiti -lapsitartuntojen ehkäiseminen

Suomessa synnyttää vuosittain 10–20 HIV -positiivista äitiä. Äiti-lapsi –tartuntoja on ollut korkeintaan yksi vuodessa. Maassamme ei ole tapahtunut yhtään tartuntaa äidistä lapseen silloin, kun äidin HIV-positiivisuus on ollut tiedossa ennen synnytystä. (Eeva Salo, henkilökohtainen tiedonanto.) Kaikille äitiysneuvolan asiakkaille tarjotaan mahdollisuus maksuttomaan ja luottamukselliseen HIV-testiin ja siihen liittyvään neuvontaan. Testaus mahdollistaa äidin tartunnan toteamisen jälkeen lapsen tartunnan lähes täydellisen ehkäisyn, kun äiti käyttää raskauden ja synnytyksen aikaista antiretroviraalilääkitystä ja lapsi saa syntymän jälkeen ehkäisylääkitystä (Heikinheimo ym. 2002). Järjestelmä on toimiva, eikä siihen tarvita muutoksia. Koska esimerkiksi huumeiden käyttö lisää riskiä syrjäytyä ja jäädä palveluiden ulkopuolelle ennen synnytystä, tilanteen seuranta eri tahoilla on kuitenkin tarpeen. (Mika Salminen, henkilökohtainen tiedonanto.) HIV-positiivisen naisen raskaudenajan hoito toteutetaan äitiyspoliklinikan, infektiolääkärin ja lastenlääkärin yhteistyönä. Äidin ja lapsen hoito sekä synnytys suunnitellaan etukäteen. Liitteessä 7 kuvataan Heikinheimon ym. (2002) artikkelin mukaisesti hoidon yksityiskohdat raskauden ja synnytyksen aikana sekä syntymän jälkeen. Artikkelissa kuvataan myös toiminta tapauksissa, joissa äidillä todetaan synnytyksen aikana HIV -infektio tai sitä epäillään vahvasti. HIV -äiti-lapsitartuntojen ehkäisemisessä on tärkeää, että kaikilla hoitoon osallistuvilla on jatkuvasti ajantasainen tieto äidin ja lapsen hoidosta ja seurannasta.

7.12 Keskenmenopotilaan jälkitarkastus ja psykososiaalinen tuki

Keskenmenon riski diagnosoidussa raskaudessa on noin 15 %. (Weeks ja Gemzell Danielsson 2006). Suomessa hoidettiin vuonna 2005 runsaat 15 000 keskenmenopotilasta erikoissairaanhoidossa (Stakes 2006b). Hoito voi olla odottava, jolloin puolet tapauksista hoituu ilman toimenpiteitä. Lääkkeellinen keskenmenon hoito vaatii kuitenkin kaavinnan noin 5 – 15 prosentissa tapauksista. (Zhang ym. 2005, Trinder ym. 2006). Keskenmenon syy pyritään mahdollisuuksien mukaan selvittämään ja mikäli se vaikuttaisi seuraavan raskauden suunnitteluun, potilas on kutsuttava jälkitarkastukseen.

Keskenmenopotilaille on järjestettävä mahdollisuus saada tarvitessaan psykososiaalista tukea. Keskenmenoon liittyvä ahdistus voi jatkua useita kuukausia tapahtuman jälkeen (Brier 2004). Keskenmenon kokeneet naiset toivovat emotionaalista tukea (Nikcevic ym. 1998) sekä tietoa esimerkiksi lapsen saamiseen liittyvistä asioista jatkossa (Black 1991). Interventioista, joissa naisella on mahdollisuus keskenmenon jälkeen tavata ammattilainen ja keskustella subjektiivisesta kokemuksestaan, on saatu hyviä tuloksia (Brier 2004).

Suomessa esiintyy lähes 1 500 kohdunulkoista raskautta vuosittain. Tosin yksi kolmasosa kohdunulkoisista raskauksista saattaa päättyä ilman, että diagnoosia tehdään. Kohdunulkoinen raskaus hoidetaan konservatiivisesti seurannalla, lääkkeellisesti tai operatiivisesti. Hoitovalinta riippuu raskauden laadusta. Seurantahoidon jälkeen uuden kohdunulkoisen raskauden riski on 5 %, metotreksaattihoidon jälkeen 10 % ja kirurgisen hoidon jälkeen 15–20 %. Uusiutumisriskin vuoksi seuraavan raskauden paikantaminen ultraäänellä on suoritettava viimeistään 7. raskausviikolla. (Kohdunulkoinen raskaus: Käypä hoito –suositus 2004.)

Tavoitteet:

- asiakkaat kykenevät tekemään päätöksen sikiöseulontoihin osallistumisesta riittävän tiedon pohjalta
- jokainen raskaana oleva nainen saa ohjausta synnytykseen valmistautumisessa
- jokaisella naisella on tilaisuus osallistua synnytyksensä suunnitteluun
- alatiesynnytystä pelkäävä nainen saa tarvitsemaansa apua ja tukea jo perusterveydenhuollossa ja tarvittaessa erikoissairaanhoidossa, jotta keisarileikkaukseen ei tarvitse turvautua alatiesynnytyksen pelon vuoksi
- terveydenhuollon toiminta tukee 6 kk täysimetystä ja imetyksen jatkumista valtakunnallisten suositusten mukaan
- ylipainoinen odottaja tai normaalipainoinen raskausdiabeteksen riskissä oleva odottaja saa tarvitsemansa tiedon ja tuen ravinnon ja liikunnan vaikutuksesta raskausdiabeteksen ehkäisyyn
- odottava ja synnyttänyt äiti saa tarvitsemansa tiedon ja tuen raskautta edeltävään painoon palautumisessa synnytyksen jälkeen
- päihteiden väärinkäyttö tunnistetaan äitiyshuollossa ja äiti saa tarvitsemansa hoidon ja tuen päihteettömyyteen ja vanhemmuuteen
- raskauden ja imetyksen aikainen tupakointi vähenee
- HIV –äiti-lapsitartunnat ehkäistään
- keskenmenopotilaalla on mahdollisuus saada psykososiaalista tukea sairaalahoidon aikana ja halutessaan myös sen jälkeen

Toimenpiteet:

- asiakkaiden neuvontaa sikiöseulonnoista kehitetään, sikiöseulontapalveluita keskitetään ja henkilökunnalle järjestetään sikiöseulontoihin liittyvää koulutusta
- kokenut kätilö toteuttaa synnytysvalmennuksen osana perhevalmennusta
- perhevalmennuksesta laaditaan kansallinen hoitosuositus
- naiselle annetaan mahdollisuus synnytys suunnitelman laatimiseen yhdessä synnytys-sairaalan tai neuvolan työntekijän kanssa
- synnytyspelkoihin kiinnitetään huomiota herkästi ja aktiivisesti sekä neuvolakäynneillä että perhevalmennuksessa. Uudelleensynnyttäjille tarjotaan mahdollisuus käsitellä ammatti-henkilön kanssa mahdolliset aiemmat huonot synnytyskokemukset
- erityisryhmien seulontaan käytetään siihen soveltuvia kyselylomakkeita
- ylipainoisille äideille ja normaalipainoisille raskausdiabeteksen riskissä oleville äideille järjestetään riittävä ravitsemusta ja liikuntaa käsittelevä ohjaus ja heitä tuetaan tarvittavien elämäntapamuutosten toteuttamisessa
- ohjausta antavat työntekijät osallistuvat täydennyskoulutukseen raskaana olevan ja synnyttäneen äidin liikunta- ja ravitsemusneuvonnasta
- ylipainoisen odottajan hoidosta ja raskauden ajan painonnoususta laaditaan kansallinen hoitosuositus
- päihteiden käytön tunnistamiseksi käytetään kaikille äideille AUDIT-lomaketta ja suositellaan, ettei alkoholia käytetä lainkaan raskauden aikana
- päihteitä käyttävien äitien hoitopaikkoja lisätään
- altakunnallisesti kehitetään perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen ja erikoissairaanhoidon yhteistyönä HAL-hoitoketjut (huumeet, alkoholi, lääkkeet)
- odottavien ja imettävien äidin tupakoinnin lopettamista tuetaan ohjauksella, tuella ja tarvittaessa nikotiinikorvaushoidolla
- kaikissa äitiä ja lasta raskauden ja synnytyksen aikana sekä syntymän jälkeen hoitavissa toimintayksiköissä varmistetaan, että käytössä on ajantasainen tieto HIV –äiti-lapsitartuntojen ehkäisemisestä
- keskenmenopotilaille järjestetään tarvittava psykososiaalinen tuki sairaalahoidon jälkeen

LÄHTEET:

- Autti-Rämö I, Ritvanen A. Miten selvitämme, lisääntyvätkö alkoholin aiheuttamat sikiövauriot? Pääkirjoitus. Suomen Lääkärilehti 2005;60:1388-9.
- Alkoholi ja perusterveydenhuolto. Riskikulutuksen varhainen tunnistaminen ja mini-interventio – hoitosuosituksen yhteenveto. Työterveyslaitos ja Sosiaali- ja terveysministeriö, Alkoholihojelma. Helsinki, 2006.
- Ben-Haroush A, Yogev Y, Hod M. Epidemiology of gestational diabetes mellitus and its association with Type 2 diabetes. Diabetic Medicine 2003;21:103-13.
- Black RB. Women's voices after pregnancy loss: couples' patterns of communication and support. Soc Work Health Care 1991;16:19-36.
- Brier N. Anxiety After Miscarriage: A Review of the Empirical Literature and Implications for Clinical Practice. Birth 2004;31:138-42.
- Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. WHO Principles of Perinatal Care: The Essential Antenatal, Perinatal, and Postpartum Care Course. Birth 2001;28:202-7.
- Crowe K, von Bayer C. Predictors of a Positive Childbirth Experience. Birth 1989;16:59-63.
- Drummond J, Rickwood D. Childbirth confidence: validating the childbirth self-efficacy inventory (CBSEI) in an Australian sample. Journal of Advanced Nursing 1997;26:613-22.
- Dykes F. A critical ethnographic study of encounters between midwives and breast-feeding women in postnatal wards in England. Midwifery 2005;21:241-52.
- Erkkola M, Kronberg-Kippilä C, Knip M, Virtanen S. Ravitsemus elämänkaaren alkupäässä – tavoitteisiin matkaa. Suomen Lääkärilehti 2006;48(61):5029-35.
- EU. Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action. European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment, Luxembourg, 2004a. Luettavissa: http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/promotion_2002_18_en.htm. Luettu 30.12.2004.
- EU. Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: review of interventions. European Commission, Directorate for Public Health, Luxembourg, 2004b. Luettavissa: http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/promotion_2002_18_en.htm. Luettu: 30.12.2004.
- Hakulinen-Viitanen T, Pelkonen M, Haapakorva A. Äitiys- ja lastenneuvolatyö Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:22. Helsinki, 2005.
- Halmesmäki E, Autti-Rämö I. Fetaalialkoholisyndrooma: voidaanko lapsen ennustetta parantaa? Duodecim 2005;121:54-61.
- Hannula L. Imetysnäkömökset ja imetyksen toteutuminen. Suomalaisten synnyttäjien seuranta-tutkimus. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja - Ser. C Osa - Tom. 195. Scripta Lingua Fennica Edit. Turku, 2003.
- Hasunen K, Kalavainen M, Keinonen H, Lagström H, Lyytikäinen A, Nurttila A, Peltola T, Talvia S. Lapsi, perhe ja ruoka. Imeväis- ja leikki-ikäisten lasten, odottavien ja imettävien äitien ravitsemussuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2004:11. Helsinki, 2004.

- Hasunen K, Ryynänen S. Imeväisikäisten ruokinta Suomessa vuonna 2005. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvityksiä 2005:19. Helsinki, 2005.
- Heikinheimo O, Lehtovirta P, Skogberg K, Salo E, Ristola M, Ämmälä P. HIV-positiivinen synnyttäjä. *Duodecim* 2002;118:1405-9.
- Heimo E. Erityistuen tarpeessa olevan lapsiperheen tunnistaminen ja psykososiaalinen tukeminen äitiys- ja lastenneuvolassa. Seurantatutkimus vuosina 1997-2000. Turun yliopiston julkaisu- ja Sarja - Ser. C Osa - Tom. 184. Scripta Lingua Fennica Edita. Turku, 2002.
- Hewson B. Informed choice in maternity care. In: Kirkham M (ed.) *Informed Choice in Maternity Care*. Palgrave Macmillan, New York, 31-56.
- Hildingsson I, Rådestad I, Rubertsson C, Waldenström U. Few women wish to be delivered by caesarean section. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2002;109:618-23.
- Häkkinen H. Uusi monikkoperhevalmennuksen ohjausmateriaali huomioi kaksosia ja kolmosia odottavat. *Kätilölehti* 2006;111:100.
- Ingram J, Johnson D, Greenwood R. Breastfeeding in Bristol: teaching good positioning, and support from fathers and families. *Midwifery* 2002;18:87-101.
- Kalland M., Sinkkonen J. Finnish Children in Foster Care: Evaluating the Breakdown of Long-Term Placements. *Child Welfare* 2001;5:513-27.
- Kohdunulkoinen raskaus (online). Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen gynekologiyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2004. Luettavissa: <http://www.kaypahoito.fi/> Luettu 14.9.2006.
- Krishnamoorthy U. Maternal obesity in pregnancy: is it time for meaningful research to inform preventive and management strategies? *BJOG* 2006;113:1134-40.
- Lang AJ, Sorrell JT, Rodgers CS, Lebeck MM. Anxiety sensitivity as a predictor of labor pain. *European Journal of Pain* 2006;10:263-70.
- Leinonen P, Teramo K. Raskausdiabetes. *Duodecim* 1999;115:2345-55.
- Luoto R. Lasta odottavien ja synnyttäneiden äitien ravinto- ja liikuntaneuvonnan vaikuttavuus. Esitys Neuvolapäivillä 30.-31.10.2006. Tiivistelmä.
- Melender H-L. Experiences of Fears Associated with Pregnancy and Childbirth: A Study of 329 Pregnant Women. *Birth* 2002;29:101-11.
- Morin-Papunen L, Tapanainen P. Miten tytön lihavuus lapsuudessa ja murrosiässä heijastuu lisääntymisterveyteen? *Duodecim* 2005;121:1899-1907.
- Mäkelä J. Kosketuksen merkitys lapsen kehityksessä. *Suomen Lääkärilehti* 2005;60:1543-9.
- Niemelä P, Siltala P, Tamminen T. (toim.) Äidin ja vauvan varhainen vuorovaikutus. Toim. WSOY. Juva, 2003
- Nikcevic AV, Kuczmierczyk AR, Nicolaides KH. Personal coping resources, responsibility, anxiety and depression after early pregnancy loss. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* 1998;19:145-54.
- Opetusministeriö. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopinnot. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24. Helsinki, 2006.
- Pajulo M. Early motherhood at risk: Mothers with substance dependency. *Acta Universitatis Tur-*

- kuensis Sarja - Ser. D Osa - Tom. 439. Turku, 2001.
- Päihdeongelmaisten äitien hoidosta hyviä tuloksia. Tiedote 19.9.2006. Ensi- ja turvakotien liitto ry. Luettavissa: <http://www.ensijaturvakotienliitto.fi/tiedotteet/hyviatuloksia190906.html> Luettu 1.11.2006.
- Ryttyläinen K. Naisten arvioinnit hallinnasta raskauden seurannan ja synnytyksen hoidon aikana. Naisspesifinen näkökulma. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 128. Kuopio, 2005.
- Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi J-E, Halmesmäki E. Psychosocial predictors of disappointment with delivery and puerperal depression. *Acta Obstetrica Gynecologica Scandinavica* 2001a;80:39-45.
- Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi J-E, Könonen T, Halmesmäki E. A Randomized Controlled Trial of Intervention in Fear of Childbirth. *Obstetrics & Gynecology* 2001b;98:820-6.
- Savonlahti E, Pajulo M, Piha J. Päihdeäidit, vauvat ja varhainen vuorovaikutus. Teoksessa Niemelä P, Siltala P, Tamminen T. (toim.) Äidin ja vauvan varhainen vuorovaikutus. WSOY. Juva, 2003, 327-337.
- Siltala P. Varhainen vuorovaikutus kokemuksen ja tutkimuksen mukana. Teoksessa Niemelä P, Siltala P, Tamminen T. (toim.) Äidin ja vauvan varhainen vuorovaikutus. WSOY. Juva, 2003, 16-43.
- Sjögren B, Thomassen P. Obstetric outcome in 100 women with severe anxiety over childbirth. *Acta Obstetrica Gynecologica Scandinavica* 1997;76:948-52.
- Soet JE, Brack GA, DiIorio C. Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth* 2003;30:36-46.
- Stakesin perhesuunnittelun ja äitiyshuollon asiantuntijaryhmä, Kirsi Viisainen (toim.). Seulontatutkimukset ja yhteistyö äitiyshuollossa, suositukset 1999. Stakes Oppaita 34. Jyväskylä, 1999.
- Stakes. Synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet - ennakkotiedot 2005. Stakes, 2006a. Luettavissa: <http://www.stakes.fi/FI/Tilastot/Aiheittain/Lisaantyminen/synnyttajat/index.htm> Luettu 28.12.2006
- Stakes. Erikoissairaanhoidon rekisteri (vuodeosastohoidot ja poliklinikkakäynnit. Julkaisemattomia tietoja, 2006b.
- STM. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:14. Helsinki, 2004.
- Tarkka M, Paunonen M, Laippala P. What contributes to breastfeeding success after childbirth in a maternity ward in Finland? *Birth* 1998;25:175-81.
- Tarkka M-T. 1996. Äitiys ja sosiaalinen tuki. Ensisynnyttäjän selviytyminen äitiyden varhaisvaiheesta. *Acta Universitatis Tamperensis A* 518. Tampere, 1996.
- Tiitinen A, Rissanen A, Mustajoki P. Lihavuus ja naisen lisääntymisterveys. *Duodecim* 2000;116:495-501.
- Trinder J, Broclehurst P, Porter R, Read M, Vyas S, Smith L. Management of miscarriage: expectant, medical, or surgical? Results of a randomised controlled trial (miscarriage treatment (MIST) trial). *BMJ* 2006;332:1235-8.
- Tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vieroitushoidot (online). Käypä hoito –suositus. Suomen

Yleislääketieteen yhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2002. Luettavissa: <http://www.kaypahoito.fi/> Luettu 28.12.2006.

Vallimies-Patomäki M. Synnytys naisen ja miehen kokemana. Tutkimus hoitokäytäntöjen yhte-yksistä synnytystapaan ja synnytyskokemukseen. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteis-kuntatieteet 64. Kuopio, 1998.

Weeks A, Gemzell Danielsson K. Spontaneous miscarriage in the first trimester. Let each patient choose among expectant, surgical or medical management. *BMJ* 2006;332:1223-4.

Vehviläinen Julkunen K. Family training: supporting mothers and fathers in the transition to pa-renthood. *Journal of Advanced Nursing* 1995;22:731-7.

WHO. Care in Normal Birth: a practical guide. Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit. Family and Reproductive Health. World Health Organization. Geneva, 1996.

WHO. Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice. In-tegrated Management of Pregnancy and Childbirth. World Health Organization. Geneva, 2003.

WHO Terveyttä kaikille –tietokanta. WHO:n Euroopan aluetoimisto, Kööpenhamina, 2006

Wood LEP. Obesity, waist-hip ratio and hunter-gatherers. *BJOG* 2006;113:1110-6.

Zhang J, Gilles JM, Barnhart K, Creinin MD, Westhoff C, Frederick MM. A comparison of me-dical management with misoprostol and surgical management for early pregnancy failure. 2005. *New England Medical Journal* 2005;353:761-9.

8 SYNNYTYKSEN HOITO

8.1 Synnyttämisen ja synnytyksen hoidon trendejä

Synnytysten määrä kääntyi Suomessa laskuun 1990-luvun puolivälissä ja jälleen hienoiseen nousuun vuonna 2003. Vuonna 2005 synnytyksiä oli lähes 57 000 ja vuonna 2006 noin 59 000. (Stakes 2006a, b.) Kokonaishedelmällisyysluku vuonna 2005 oli 1,8 lasta hedelmällisyysikäistä naista kohti (Stakes 2006c). Perinataalikuolleisuus Suomessa oli vielä 1970-luvulla 0,2 %. Nyt se on 0,5 %, mikä on muiden Pohjoismaiden ja Japanin ohella maailman matalimpia. Keskosten (alle 37 raskausviikkoa) osuus oli 5,1 % vuonna 2005 ja alle 2 500 g painoisina syntyneiden 4,3 %. Vuonna 2005 syntyi 208 alle 1 000 g painavaa lasta. Vastasyntyneiden teho-osastoille otettiin hieman yli 7 000 lasta ja hengityslaittehoidon tarve oli lähes 700 lapsella. (Stakes 2006a.) Äitiyskuolemia on Suomessa ollut vuodesta 1980 lähtien 0,005 % eli yksi kuolema 20 500 synnyttäjää kohden, mikä luku on maailman matalimpia (Gissler 2003).

Lähes kaikki suomalaiset syntyvät nykyään sairaalassa. Säännöllisen synnytyksen hoitaa kätilö, joka tarvittaessa konsultoi naistentautien ja synnytysten erikoislääkäreitä synnyttäjän hoitoa koskeissa lääketieteellisissä kysymyksissä. WHO (1996, 2003) on myös antanut suosituksia synnyttäjän ja vastasyntyneen hoitoon. WHO:n perinataalihoidon periaatteet esitetään taulukossa 7.1, ja niissä on myös synnytyksen hoitoon liittyviä suosituksia.

WHO:n (1996) määritelmän mukaan normaali synnytys käynnistyy itsestään ja pysyy matalan riskin synnytyksenä avautumis- ja ponnistusvaiheen ajan. Lapsi syntyy raivotarjonnassa spontaanisti raskausviikolla 37–42. Synnytyksen jälkeen äiti ja lapsi voivat hyvin.

Synnytysten keskittäminen suurempiin sairaaloihin on jatkunut 1990-luvulla. Vuonna 2005 synnytyssairaaoloita oli 32, kun Kätilöopiston sairaala, HYKS:n naistenklinikka ja Jorvin sairaala lasketaan yhdeksi sairaalaksi (Stakes 2006b). Lähes joka toinen synnytys hoidetaan yliopistosairaaaloissa ja noin joka viides pienissä sairaaloissa, joissa on alle 1 500 synnytystä vuodessa. Ensisynnyttäjiä hoidetaan eniten suurten kaupunkien sairaaloissa ja yliopistollisissa sairaaloissa (Stakes 2004). Polikliniisten synnytysten osuus on pysytellyt 2000-luvulla 0,3–0,5 %:n tasolla. Suunniteltuja kotisynnytyksiä on vuosittain arviolta 15–20. (Stakes 2006b.) On esitetty, että koska pienimmissä synnytyssairaaaloissa ei ole saatavissa lastenlääkäripalveluita ympärivuorokautisesti, keskittämistä tulisi edelleen tehostaa (Tammela ym. 2006).

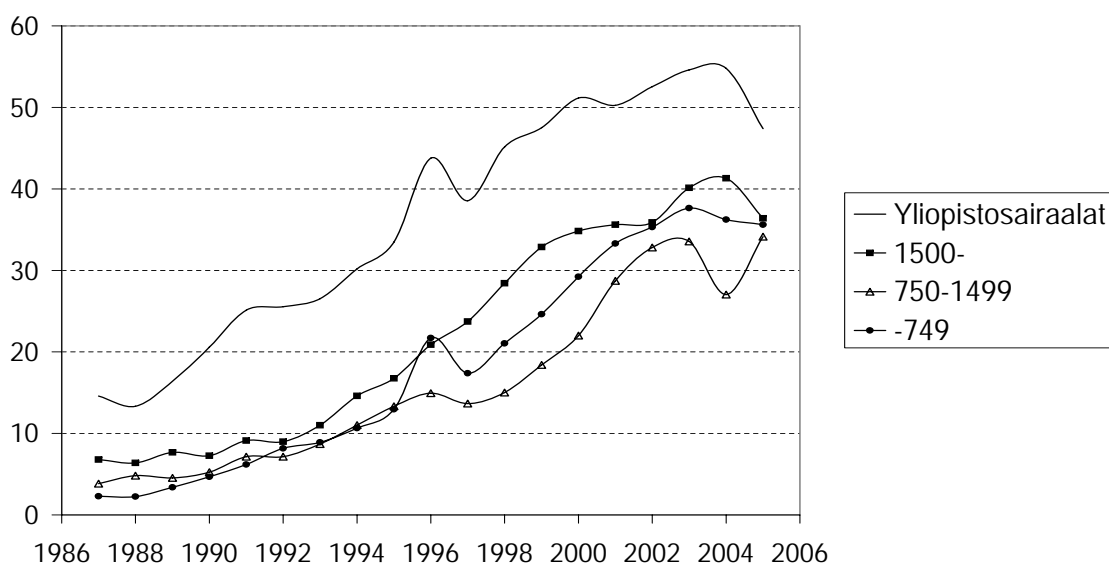
Taulukko 8.1. Synnytystapa sairaalatyypeittäin vuonna 2005 (Stakes 2006b)

Sairaala-tyyppi	Alatiesynnytys % min-max	Perätilan ulosautto % min-max	Pihti, imukuppi % min-max	Keisarileikkaus % min-max	Yhteensä (n)
Yliopistosairaalat	75,0 69,0-81,0	0,7 0,2-1,0	7,6 6,6-9,5	16,5 13,9-23,4	100 (25 300)
Keskussairaalat	75,6 70,4-80,1	0,5 0,1-1,6	7,0 4,7-10,4	16,8 13,0-24,5	100 (21 215)
Aluesairaalat	78,0 71,2-86,2	0,3 0,0-0,8	7,7 4,1-13,5	14,0 8,8-18,3	100 (9 426)
Yhteensä* (n)	75,9 (43 229)	0,6 (315)	7,3 (4 156)	16,1 (9 177)	100 (56 963)

*) Sisältää 1 022 synnytystä terveyskeskuksissa ja muissa sairaalassa sekä kotisynnytykset.

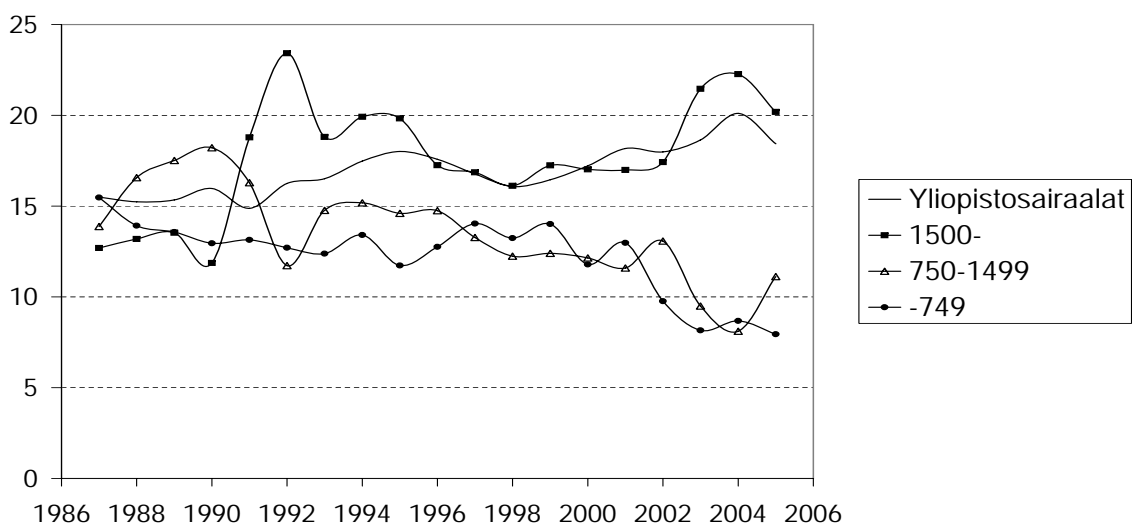
Vuonna 2005 synnyttäjistä vajaa 78 % sai vähintään jotain kivunlievitystä. Niistä yleisin oli epiduraalipuudutus, jonka sai kaikista alakautta synnyttäjistä vajaa 42 % (kuvio 8.1) ja alakautta synnyttäneistä ensisynnyttäjistä vajaa 67 %. Kymmenen vuotta aiemmin synnyttäjistä runsas viidesnes sai epiduraalipuudutuksen. Paraservikaalipuudutuksen käyttö on jonkin verran vähentynyt, ja spinaalipuudutuksen käyttö on hieman lisääntynyt. Synnyttäjistä runsas 13 % sai sen vuonna 2005. Ilokaasua sai synnyttäjistä vajaa puolet. (Stakes 2006a.)

Kuvio 8.1. Epiduraalipuudutusten osuus alatietyksistä vuosina 1987-2005, % (Stakes 2006b)



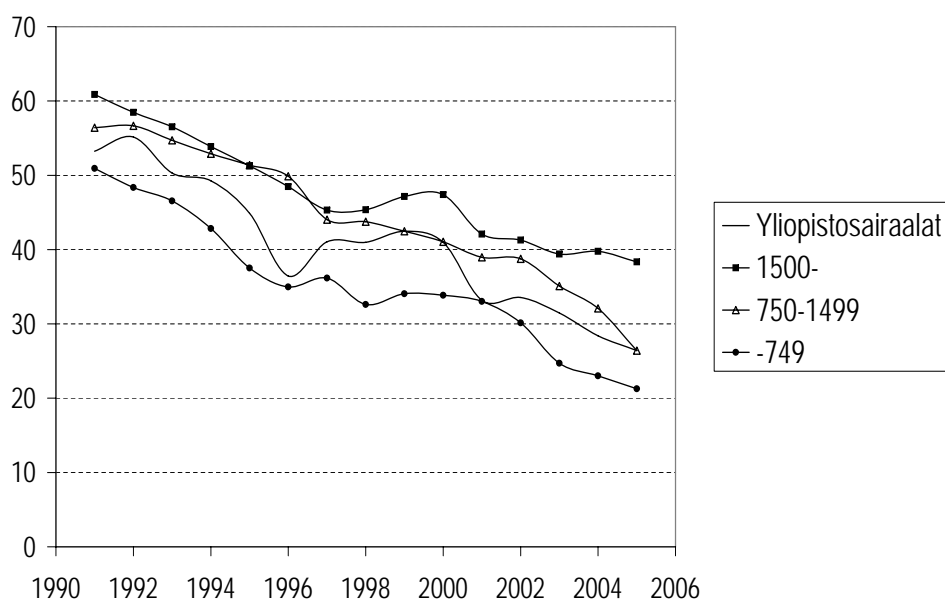
Keisarileikkaukset ovat yleistyneet vähitellen. 2000-luvulla ne ovat olleet 16,0–16,7 % tasolla (kuvio 8.2). Vuonna 2005 keisarileikkauksia tehtiin synnyttäjistä 16,1 %:lle, mutta osuuksissa oli suuria eroja sairaaloiden välillä (taulukko 8.1). Keisarileikkauksista 7,3 % oli suunniteltuja. Kymmenen vuotta aiemmin keisarileikkausten osuus oli yhden prosenttiyksikön pienempi. (Stakes 2006b.)

Kuvio 8.2. Keisarileikkausten osuus vuosina 1987-2005, % (Stakes 2006b)



Lisääntyneistä toimenpiteistä poikkeuksena on ensisynnyttäjien episiotomia. Vuonna 2005 synnyttäjistä vajaalle kolmannekselle ja kymmenen vuotta aiemmin vajaalle puolelle tehtiin episiotomia (kuvio 8.3). (Stakes 2006b.) Samaan aikaan kolmannen ja neljännen asteen repeämät alatiesynnytyksissä ovat lisääntyneet. Vuonna 2005 niitä tuli alatiesynnytyksissä 0,8 %:ssa, mikä on kuitenkin vähemmän kuin muissa Pohjoismaissa. Syyksi on esitetty suomalaisen synnytysperinteen mukaista välilihan aktiivista tukemista ponnistusvaiheen lopussa (Pirhonen ym. 2006).

Kuvio 8.3. Episiotomiat alatiesynnytyksissä vuosina 1990-2005, % (Stakes 2006b)



Tutkimusten mukaan kaikki naiset eivät halua lääkkeellistä kivunlievitystä vaan toivovat vaihtoehtoisia menetelmiä oman kivunhallintansa tukemiseen (ks. Vallimies-Patomäki 1998, Waldenström 2004). Kylpy/suihku, kosketus, hieronta, liikkuminen, sopiva asento, aquarakkulat sekä jatkuva synnytyksenaikainen tuki voivat olla tehokkaita kivunlievityksessä ja parantaa synnytyksen lopputulosta. (Simkin ja O'Hara 2002, WHO 1996). Lisäksi WHO (1996) suosittaa esimerkiksi erilaisia keskittymis- ja rentoutumistekniikoita, musiikin kuuntelua, akupunktiota sekä iholle annettavaa sähköistä hermostimulaatiota (transcutaneous electrical nerve stimulation).

Synnyttäjän jatkuva psykososiaalinen tuki edistää synnytyksen kulkua ja hyvää synnytyskokemusta.

Synnytyksenaikaisen jatkuvan tuen on todettu vähentävän lääkkeellisen kivunlievityksen ja operatiivisen synnytyksen todennäköisyyttä (Hodnett ym. 2003, WHO 1996) sekä tyytymättömyyttä synnytyskokemukseen (Hodnett ym. 2003). Lisäksi jatkuvan tuen etuina on mainittu lyhyempi synnytyksen kesto sekä vastasyntyneen parempi vointi Apgar-pisteillä arvioituna (WHO 1996). Tehokkaita tuen muotoja ovat emotionaalinen tuki, fyysinen tuki, informointi ja ohjaus (Rosen 2004, WHO 1996), synnyttäjän puolesta puhuminen hoitotiimille sekä partnerille annettu tuki (Rosen 2004) ja jatkuva läsnäolo (WHO 1996). Myös kotimaisissa tutkimuksissa on saatu samansuuntaisia tuloksia (Ryttyläinen 2005, Vallimies-Patomäki 1998). Kymmenessä suomalai-

sessä sairaalassa tehdyn tutkimuksen mukaan psykososiaalinen tuki synnytyksen hoitomuotona on kätilöille melko tuttua ja sitä käytetään tietoisesti melko paljon. Hyvin tuttua ja paljon käytettyä on episiotomian tarpeellisuuden arviointi ja välttäminen mahdollisuuksien mukaan säännöllisessä synnytyksessä. Veden vaikutus synnytyksen avautumisvaiheessa on kätilöille jonkin verran vieraampaa, eikä sitä myöskään käytetä kovin paljon. (Kalliomäki 2000.) Neuvolan työntekijöiden on tunnettava synnytyssairaalan tarjoamat eri vaihtoehdot kivun hallinnassa, ja ne on esiteltävä synnytysvalmennuksessa. Myös keisarileikkauspotilaat tarvitsevat tietoa ja tukea (ks. esimerkiksi Kiviniemi 2006).

8.2 Synnytyskokemus

Synnytyskokemus on moniulotteinen ilmiö, johon vaikuttavat sekä fyysiset että psykososiaaliset tekijät (Waldenström ym. 1996). Synnytyskokemuksella on yhteyttä naisen mielialaan synnytyksen jälkeen (Righetti-Veltema ym. 1998) sekä äidin ja lapsen välille syntyvään suhteeseen (Kumar 1997). Taulukossa 8.2 esitetään naisen synnytyskokemukseen vaikuttavia tekijöitä. Miehet ovat kuvanneet synnytyksessä mukana olemista ainutlaatuisena yhdessäolon kokemuksena puolison kanssa (Mesiäislehto-Soukka 2005, Liukkonen ja Vehviläinen-Julkunen 1997), elämän kohokohdaksi, vaikka myös vaikeana tehtävänä, vastuunottamisena puolisoa ja lapsesta, parisuhteen syventymisenä, isyyden konkretisoitumisena (myös Kaila-Behm 1997) ja isyyden merkityksen kasvamisena (Liukkonen ja Vehviläinen-Julkunen 1997). Miehet haluavat kokea itsensä tarpeellisiksi synnytyksessä ja auttaa puolisoaan. (Mesiäislehto-Soukka 2005). Yhdessä sairaalassa tehdyssä tutkimuksessa (Liukkonen ja Vehviläinen-Julkunen 1997) suurin osa miehistä arvioi saaneensa synnytyksessä paljon tietoa synnytyksen edistymisestä ja lapsen hyvinvoinnista sekä rohkaisua ja tukea vastasyntyneen hoitoon liittyvissä asioissa. Kuitenkin noin puolet miehistä arvioi, että tunteiden ilmaisussa ja omasta hyvinvoinnista huolehtimisessa (myös Kaila-Behm 1997) heitä tuettiin vain vähän. Naisen näkökulmasta jo raskauden aikana ajatus miehen mukana olosta synnytyksessä luo turvallisuuden tunnetta (Melender 2001) ja synnyttämään saapuessa ahdistus on harvinaisempaa, jos mies tulee mukaan synnytykseen (Vallimies-Patomäki 1998).

Taulukko 8.2. Synnytyskokemukseen yhteydessä olevia tekijöitä tutkimuksissa

Myönteiseen synnytyskokemukseen yhteydessä olevia tekijöitä	Kielteiseen synnytyskokemukseen yhteydessä olevia tekijöitä
Koettu hallinnan tunne synnytyksessä ^{1,2,9}	Pelko/ahdistus ^{2,3,7}
Kätilöltä saatu tuki synnytyksen aikana ^{1,2,3}	Synnytyskipu ^{1,2,3}
Positiiviset odotukset synnytystä kohtaan ^{1,2}	Ensimmäinen synnytys ^{2,7}
Lapsen terveys ja täysiaikaisuus ^{1,3}	Synnytyksen pitkä kesto ^{1,8}
Vähäiset pelot ³	Toimenpiteet synnytyksessä (paitsi elektiivinen sektio) ¹
Vähäiset kivut ³	Odotettua vaikeampi synnytys ^{3,5}
Kipulääkkeen välttäminen ³	Epäsäännöllinen synnytys ³
Synnytyksen kokeminen odotettua helpompana ^{3,5}	Puutteellinen sosiaalinen tuki ³
Lapsen isän myönteinen suhtautuminen raskauteen ⁴	Puutteellinen varhaiskontakti ³
Lyhyempikestoinen synnytys ^{4,5}	Lapsen Apgar-pisteet 6-7 ⁵
Synnytystä hoitaneen kätilön ominaisuudet ⁴	Keisarileikkaus (erityisesti suunnittelemaan) ⁸
Synnyttäjän päätöksentekotyyli "harkitsemaan äkipäät-täjä" ⁵	Synnytyksen hyvin lyhyt kesto ⁸
Alatiesynnytys ⁵	-
Kätilö tuttu jo raskausajalta ⁶	-

1) Waldenström ym. (1996), 2) Waldenström (1999), 3) Vallimies-Patomäki (1998), 4) Tarkka (1996), 5) Ahonen (2001), 6) McCourt ym. (1998), 7) Ryding ym. 2003, 8) Stadlmayr ym. (2004), 9) Green ym. (2003)

8.3 Ensitieto

Synnytyssairaalan on varauduttava ensitiedon ja tuen antamiseen, kun perheeseen syntyy sairas, vammainen tai kuollut lapsi. Henkilökunnalle järjestetään koulutusta ensitiedon antamisesta sekä mahdollisuus keskustella ensitiedon antamiseen liittyvistä tunteistaan tai kokemuksistaan. Psyko-sosiaalisena tukimuotona voi toimia esimerkiksi ensitukiryhmä, joka kokoontuu tarvittaessa sekä vanhempia että henkilökuntaa varten. (ks. esimerkiksi Ilmakunnas ja Sinisaari-Eskelinen 2004, Hänninen 2004.)

8.4 Varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen ja vierihoido

Varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen jatkuu heti lapsen syntymän jälkeen (ks. Luku 7 Raskaudenajan hoito). Äidille ja vastasyntyneelle annetaan tilaisuus riittävän pitkään ja häiriöttömään varhaiseen ihokontaktiin, koska sillä on todettu olevan monia myönteisiä vaikutuksia (Anderson ym. 2003). Niitä ovat esimerkiksi

- imetyksen onnistuminen
- imetyksen pidempi kesto
- vastasyntyneen lämmön säilyminen
- vastasyntyneen verensokeritasapainon säilyminen
- vastasyntyneen vähäisempi itkeminen
- äidin lisääntynyt kiintymyksen osoittaminen.

Vierihoito on välitöntä jatkoa varhaiskontaktille. Vierihoidossa lastaan hoitaneet äidit imettävät useammin (Hannula 2003), ovat varmempia lapsen hoidossa ja kärsivät masennuksesta muita harvemmin (Waldenström ja Swenson 1996). Onnistuneessa varhaisessa vuorovaikutuksessa on kyse vanhempi-lapsi –parin yhteensopivuudesta, vuorovaikutuksen samantahtisuudesta ja vastavuoroisuudesta. Samantahtisuus riippuu vanhemman halusta ja taidosta sovittaa oma toimintansa lapsen tarpeisiin, rytmeihin ja vuorovaikutuksellisiin kykyihin. (STM 2004.) Lapsen hoitoon liitetyvällä ohjauksella synnytyssalissa sekä lapsivuodeosastolla tuetaan vanhempien taitoja onnistuneeseen vuorovaikutukseen lapsen hoidossa.

Keskoslapsen syntyessä vanhemmat tarvitsevat erityistä asiantuntevaa ymmärrystä ja tukea kuntoutuakseen mahdollisimman nopeasti vauvan hoivajiksi. Pikkukeskosten hoidossa keskeinen haaste on äitien ja isien auttaminen toimimaan keskosvauvojen teho-osastolla. Henkilökunta tarvitsee koulutusta oppiakseen tiedostamaan, miten vanhempien omat traumakokemukset sekä meneillään oleva suru ja hätä kuormittavat heitä. Henkilökunnan on opittava antamaan tilaa vanhemmille, jotta nämä pääsevät riittävän lähelle lastaan voidakseen virittäytyä huomioimaan ja ajattelemaan häntä. Lapsen syntyessä täysiaikaisena hän pääsee nopeasti vanhempien syliin ja huolehtivaan vuorovaikutukseen, jossa hänen käyttäytymisensä yksityiskohtia ja sävyjä otetaan huomioon. Keskosvauva joutuu pois tästä biologisesta ympäristöstä, ja täysiaikaisena syntyneeseen vauvaan verrattuna hän on yksin kiireisessä ja vauvan kannalta epäpersoonallisessa osastohoidossa. Tällaisissa olosuhteissa on tärkeää tukea vanhempien ja vauvan varhaista vuorovaikutusta, joka tapahtuu esimerkiksi kosketuksin, puhein ja katsein. (Schulman 2003.) Yksi tärkeä hoitomuoto on kenguruhoito, jolla on todettu olevan merkittävä positiivinen vaikutus lapsen kehitykselle sekä vanhemman ja lapsen väliselle vuorovaikutukselle (Feldman ym. 2002).

Suosituksia:

- synnytyksen hoidossa vältetään tarpeettomia toimenpiteitä
- matalan riskin synnytyksen hoidosta laaditaan kansallinen hoitosuositus
- synnytyksessä huolehditaan naisen jatkuvasta psykososiaalisesta tuesta
- synnyttäjän psykososiaalisesta tukemisesta laaditaan kansallinen hoitosuositus
- synnyttävän naisen kivun hallintaa tuetaan tarjoamalla hänelle mahdollisuus valita sekä ei-lääkkeellisistä että lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä
- jokaisessa synnytyssairaalassa varaudutaan ensitiedon ja tuen antamiseen vanhemmille, joille syntyy sairas, vammaisen tai kuollut lapsi
- äidille ja isälle tarjotaan mahdollisuus lapsen hoitamiseen heti syntymän jälkeen sekä jatkuvaan, ympärivuorokautiseen vierihoidoon
- ensi-imetys on häiriötön ja kiireetön ja tapahtuu mahdollisuuksien mukaan heti lapsen syntymän jälkeen
- HIV-positiivisten äitien ei tule imettää
- kaikki äitiysneuvolassa, synnytyssairaalassa ja vastasyntyneiden teho-osastolla työskentelevät saavat koulutuksen varhaisen vuorovaikutuksen tukemiseen
- varhaisen vuorovaikutuksen tukemisesta laaditaan kansallinen hoitosuositus

LÄHTEET:

- Ahonen P. Matalan ja korkean riskin ensisynnyttäjien raskaudenaikaiset odotukset ja synnytysko-kemukset. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja - Ser. C Osa - Tom. 167. Scripta Lingua Fen-nica Edita. Turku, 2001.
- Anderson GC, Moore E, Hepworth J, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, issue 2. Art. No.: CD003519. DOI: 10.1002/14651858.CD003519, 2003.
- Feldman R, Eidelman AI, Sirota L, Weller A. Comparison of Skin-to-Skin (Kangaroo) and Tradi-tional Care: Parenting Outcomes and Preterm Infant Development. Pediatrics 2002;110(1):16-26.
- Gissler M. Hedelmällisyys Suomessa ennen, nyt ja tulevaisuudessa. Yhteiskuntapolitiikka 2003;68(6):553-67.
- Green JM, Coupland VA, Kitzinger JV. Expectations, Experiences, and Psychological Outcomes of Childbirth: A Prospective Study of 825 Women. Birth 1990;17:15-24.
- Hodnett ED, Gates S, Hofmeyer GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth (Cochrane review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2003. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd, 2003.
- Howell CJ, Kidd C, Roberts W, Upton P, Lucking L, Jones PW, Johanson RB. A randomised controlled trial of epidural compared with non-epidural analgesia in labour. British Journal of Obstetrics and Gynaecology 2001;108:27-33.
- Hänninen K. Kohtaamisen kokemuksia epävarmuuden näyttämöllä. Kokemuksellinen ensitieto vammaisen lapsen syntyessä. Stakes, Tutkimuksia 147. Helsinki, 2004.
- Ilmakunnas P, Sinisaari-Eskelinen M. Vammaisen lapsen syntyessä ensitietoa jaetaan tarpeeseen. Impakti 2004;6:14-5.
- Kaila-Behm A. Miehestä esikoisen isäksi. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 49. Kuopio, 1997.
- Kallioniemi T. Kätilöt tutkimustiedon käyttäjinä synnytysten hoidossa. Kysely tutkimustiedon le-viämisestä ja siihen liittyvistä tekijöistä. Pro gradu –tutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto, 2000.
- Kiviniemi K. Are you anxious, afraid or tense? Perioperative anxiety and empowering nursing prior, during, and after planned Caesarean operation. Annales Universitatis Turkuensis. Sarja - Ser. D Osa - Tom. 704. Medica - Odontologica. Turku, 2006.
- Kumar R. Anybody's child: severe disorders of mother-to-infant bonding. British Journal of Psychiatry 1997;171:175-81.
- Liukkonen A, Vehviläinen-Julkunen K. Isien kokemuksia synnytyksestä ja hoitotyön menetel-mistä. Hoitotiede 1997;9:118-26.
- McCourt C, Page L, Hewison J, Vail A. Evaluation of One-to-One Midwifery: Women's Respon-ses to Care. Birth 1998;25: 73-80.
- Melender H-L, Lauri S. Security associated with pregnancy and childbirth – experiences of preg-nant women. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology 2001;22:229-39.

- Mesiäislehto-Soukka H. Perheenlisäys isien kokemana – fenomenologinen tutkimus. Akateeminen väitöskirja. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Oulu, 2005.
- Pirhonen J, Laine K, Pirhonen T, Gissler M. Suomalaisen synnytysperinteen vaaliminen on tärkeää. *Suomen Lääkärilehti* 2006;20:2205.
- Righetti-Veltema M, Conne-Perréard E, Bousquet A, Manzano J. Risk Factors and predictive signs of postpartum depression. *Journal of Affective Disorders* 1998;49:167-80.
- Rosen P. Supporting Women in Labor: Analysis of Different Types of Caregivers. *Journal of Midwifery & Women's Health* 2004;49:24-31.
- Ryding EL, Persson A, Onell C, Kvist L. An evaluation of midwives' counseling of pregnant women in fear of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003;82:10-7.
- Ryttyläinen K. Naisten arvioinnit hallinnasta raskauden seurannan ja synnytyksen hoidon aikana. Naisspesifinen näkökulma. Kuopion yliopiston julkaisu E. Yhteiskuntatieteet 128. Kuopio, 2005.
- Schulman M. Keskosvauvan ja vanhempien vuorovaikutuksen hoito. Teoksessa Niemelä P, Silta P, Tamminen T. (toim.) Äidin ja vauvan varhainen vuorovaikutus. WSOY. Juva, 2003, 151-69.
- Simkin PP, O'Hara M. Nonpharmacologic relief of pain during labor: Systematic reviews of five methods. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2002;186:131-59.
- Stadlmayr W, Schneider H, Amsler F, Burgin D, Bitzer J. How do obstetric variables influence the dimensions of the birth experience as assessed by Salmon's item list (SIL-Ger)? *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2004;115:43-50.
- Stakes. Synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2004. Tilastotiedote 21/2005. Luettavissa: www.stakes.info/files/pdf/Tilastotiedote2005/Tt21_05.pdf Luettu 16.8.2006.
- Stakes. Syntymärekisteri. Tiedonanto 15.11.2004.
- Stakes. Synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet – ennakkotiedot 2005. Stakes, 2006a. Luettavissa: <http://www.stakes.fi/FI/Tilastot/Aiheittain/Lisaantyminen/synnyttajat/index.htm> Luettu 14.9.2006
- Stakes. Syntymärekisteri. Julkaisemattomia tietoja, 2006b.
- Stakes. Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2005. Stakes, 2006c. Luettavissa: <https://www.stakes.fi/FI/Tilastot/Tilastojulkaisut/vuosikirja.htm#ankkuri2> Luettu 14.9.2006
- STM. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:14. Helsinki, 2004.
- Tammela O, Lehtonen L, Andersson S, Hallman M, Heinonen K, Leipälä J. Riittävätkö synnytysairaaloiden resurssit vastasyntyneiden turvalliseen hoitoon? *Suomen Lääkärilehti* 2006;61:4957-8.
- Waldenström U. Experience of labor and birth in 1111 women. *Journal of Psychosomatic Research* 1999;47:471-82.
- Waldenström U, Borg I-M, Olsson B, Sköld M, Wall S. The Childbirth Experience: A Study of 295 New Mothers. *Birth* 1996;23:144-53.

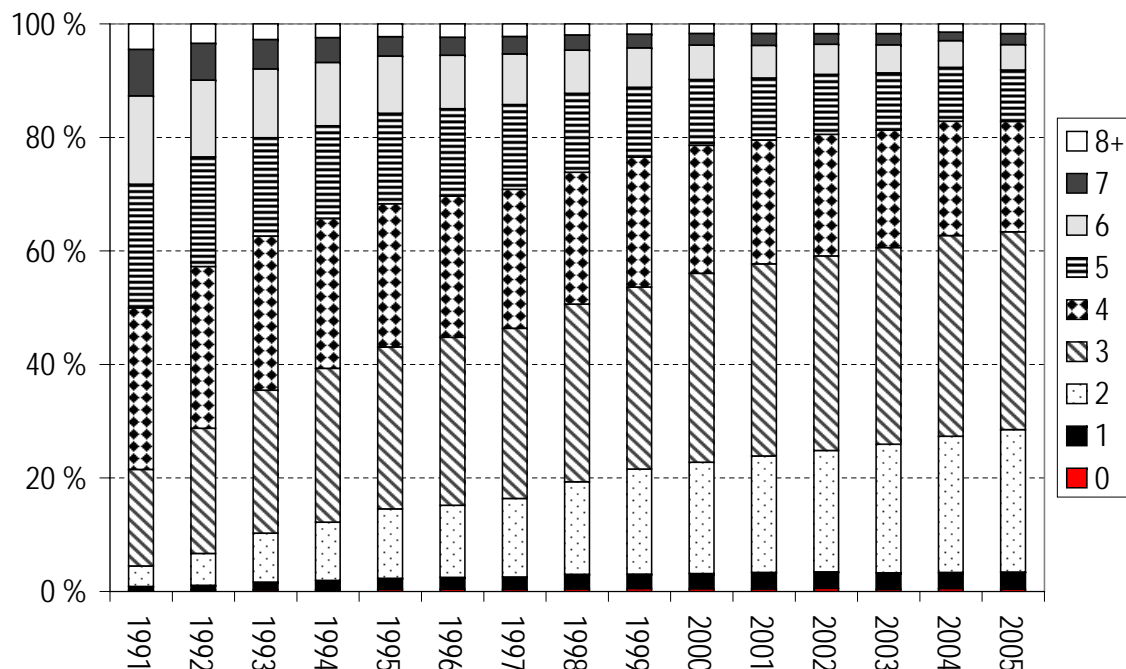
- Waldenström U, Hildingsson I, Rubertsson C, Rådestad I. A Negative Birth Experience: Prevalence and Risk Factors in a National sample. *Birth* 2004;31:17-27.
- Waldenström U, Swenson Å. Rooming-in at night in the postpartum ward. *Midwifery* 1996;7:82-9.
- Vallimies-Patomäki M. Synnytys naisen ja miehen kokemana. Tutkimus hoitokäytäntöjen yhte-yksistä synnytystapaan ja synnytyskokemukseen. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteis-kuntatieteet 64. Kuopio, 1998.
- WHO. Care in Normal Birth: a practical guide. Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit. Family and Reproductive Health. World Health Organization. Geneva, 1996.
- WHO. Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice. In-tegrated Management of Pregnancy and Childbirth. World Health Organization. Geneva, 2003.

9 SYNNYTYKSEN JÄLKEINEN HOITO

9.1 Lyhentyneet hoitoajat ja varhainen kotiutuminen

Lapsivuodeajan hoito sairaalassa on lyhentynyt (Kuvio 9.1). Kun vuonna 1991 synnyttäjistä noin 45 % kotiutui neljenteen päivään mennessä, vuonna 2005 vastaava luku oli noin 80 % ja yli neljäsosa kotiutui kahden päivän sisällä. Hoitopäivien keskiarvo synnytyksen jälkeen oli 3,4 päivää vuonna 2005. Alateitse synnyttäneiden hoitopäivien keskiarvo oli 3,2 ja keisarileikkauksella synnyttäneiden 4,5 päivää. (Stakes 2006.) Lyhentyneet hoitoajat lapsivuodeosastolla edellyttävät entistä tiiviimpää ohjausta lyhyessä ajassa sekä tehokasta vastasyntyneen voinnin seuranta ja imetyksen tukemista avoterveydenhuollossa.

Kuvio 9.1. Hoitopäivät synnytyksen jälkeen vuosina 1991–2005 (Stakes 2006b)



Lyhytjälkihoitoinen synnytys (LYSY) tarkoittaa äidin ja lapsen kotiuttamista 6-48 tunnin kuluessa synnytyksestä. Vastasyntyneen varhainen kotiuttaminen toteutetaan yksilöllisesti, ottaen huomioon mahdolliset riskitekijät (ks. Järvenpää 2002). Stakesin perhesuunnittelun ja äitiyshuollon asiantuntijaryhmä (1999) antoi suosituksessaan ohjeet lyhytjälkihoitoisen synnytyksen kotiuttamisedellytyksistä ja siihen liittyvästä terveydenhoitajan kotikäynnistä, lapsen ja äidin tarkastuksista sekä muita huomioonotettavista seikoista. Lisäksi sairaaloilla on omia ohjeita varhaisesta kotiutumisesta ja sen edellytyksistä (ks. esimerkiksi Järvenpää 2002). Tulevaisuudessa kotikäyntejä voi tulla korvaamaan asiakkaiden omaseuranta sekä sairaalan ja neuvolan toteuttama seuranta sähköisesti.

Etenkin kaukana sairaalasta asuvien perheiden tarpeisiin vastaa potilashotelli, jossa perhe voi asua lyhytjälkihoitoisen synnytyksen jälkeen ja josta käsin on helppoa käydä lapsen kanssa tarkas-

tuksessa lasten poliklinikalla. Varhaisia kotiutujia varten voidaan myös järjestää esimerkiksi poliklinikka, jossa kättilön vastaanotolla autetaan mahdollisissa imetysongelmissa, seurataan lapsen painoa ja seerumin bilirubiinia sekä tarvittaessa konsultoidaan lastenlääkärää. Varhain kotiutuvan äidin ja lapsen voinnin seuranta voidaan toteuttaa myös neuvolan terveydenhoitajan varhaisena kotikäyntinä.

Tampereella tehdyssä tutkimuksessa perheiden kokemukset LYSY:stä olivat pääosin myönteisiä ja siitä toivottiin pysyvää käytäntöä. Perheet kokivat oman vastuunsa lisääntyneen, mutta sitä ei kuitenkaan pidetty liian suurena. LYSY-toiminta aiheutti jonkin verran epävarmuutta, ahdistusta, pelkoa ja henkistä uupumusta. Perheiden kokemukset olivat ohjausta lukuun ottamatta myönteisempiä kuin henkilökunnan. Lähes puolet perheistä koki, että ohjaus osastolla ei ollut riittävää. (Kujanpää ja Rajala 2004.)

9.2 Synnytyskeskustelu

Jokaiselle synnyttäneelle äidille on järjestettävä tilaisuus synnytyskeskusteluun synnytyssairaalassa joko synnytyksen hoitaneen tai lapsivuodeosaston kättilön kanssa. (Dennet 2003.) Ruotsalaisen tutkimuksen mukaan suurin osa toivoo keskustelua synnytyksen hoitaneen kättilön kanssa, mutta vasta lapsivuodeosastolla (Olin ja Faxelid 2003). Äidille on tärkeää keskustella synnytyksestä myös neuvolan työntekijän kanssa. Synnytyskeskustelun on todettu synnytystavasta riippumatta vaikuttavan myönteisesti äidin psyykkiseen hyvinvointiin (Lavender ja Walkinshaw 1998). Keskustelu etenee äidin ehdoilla, ja siinä käsitellään hänen toivomiaan aiheita.

9.3 Imetyksen tukeminen

Imetyksen tukeminen jatkuu heti lapsen syntymän jälkeen. Imetyksen edistämiseen liittyvä tutkimustieto tunnetaan hyvin ja sitä käytetään paljon suomalaisissa synnytysyksiköissä (Kalliomäki 2000). Vastasyntyneen annetaan olla äidin kanssa ihokontaktissa ensi-imetykseen asti. Se tapahtuu lapsen imemisvalmiuden mukaan 30–60 minuutin kuluessa synnytyksestä. Vastasyntyneelle annetaan pelkästään rintamaitoa, jos lääketieteelliset syyt eivät edellytä muuta. Lisäruuan perusteeton antaminen synnytyssairaalassa vähentää täysimetyksen todennäköisyyttä kotona. Käytännöt lisäruuan antamisessa ovat tällä hetkellä epäyhtenäisiä. Vierihoido ja lapsentahtinen imetys edistävät imetyksen onnistumista (Hasunen ym. 2004). Taulukossa 9.1 esitetään tutkimusnäyttöön perustuvia imetystä tukevia hoitokäytäntöjä. Kotikäynti on todettu vaikuttavaksi keinoksi edistää imetystä. Kotikäynnit ovat kuitenkin vähentyneet (Hakulinen-Viitanen ym. 2005). Muita vaikuttavia käytäntöjä ovat imetyspoliklinikat (Adams 2001) ja puhelintuki (Fallon 2005).

Taulukko 9.1. Tutkimusnäyttöön perustuvia imetystä tukevia hoitokäytäntöjä

Varhaisvaihe	Lapsivuodeosasto	Kotikäynti
Imetysasentojen ohjaus ¹	Ohjaus äidin tarpeiden mukaan: imetyksen fysiologia, maidoneritys, imetysongelmat ja niiden ratkaisut ^{1,2,3}	Imetystilanteen havainnointi: imuote, imetysasento, äidin ja lapsen vuorovaikutus, imetyksen tehokkuus, maidon virtaus ^{1,5}
Vauvan imuotteen tarkistus ¹	Imetystekniikan ja -asentojen ohjaus ^{1,2,3}	Vastasyntyneen ravitsemustilan havainnointi ^{1,5}
Ohjaus ympärivuorokautiseen vierihoidon ¹	Imetystilanteen havainnointi ja arviointi ^{2,3}	Äidin kokemuksista ja tuntemuksista keskusteleminen sekä tarvittaessa ohjaus ongelmatilanteissa ^{1,4,5}
Ohjaus lapsentahtiseen tiheään imetykseen ¹	Sellaisten riskien arviointi, jotka vaikuttavat äidin ja lapsen kykyyn suoriutua imetyksestä onnistuneesti sekä tehostettu ohjaus ongelmatilanteissa ^{1,2,3}	
Ohjaus täysimetykseen välttämällä lisäruoan antoa, tutteja ja pulloja ¹	Käytännölliset imetysohjeet ^{1,2,3} Äitien rohkaisu ja heidän itseluottamuksensa tukeminen ^{1,2,3}	

¹⁾ International Lactation Consultant Association (2005), ²⁾ Dennis (2002), ³⁾ Sikorski ym. (2003), ⁴⁾ Hakulinen-Viitanen ym. (2001), ⁵⁾ Adams (2001)

Kansainvälisesti Baby Friendly Hospital –ohjelman mukaisilla hoitokäytänteillä on saavutettu hyviä tuloksia imetyksen edistämiseksi (EU 2004a, b). Suomessa on neljä Baby Friendly Hospital –sertifikaatin saanutta sairaalaa. Myös koko Suomessa käytänteitä olisi kehitettävä ohjelman mukaisesti. Sairaalan ja neuvoloiden olisi sovittava siitä, kuka vastaa imetysavun järjestämisestä ongelmallisissa imetystilanteissa synnytys sairaalasta kotiutumisen jälkeen, sekä nimetä imetysohjauksen kehittämisestä vastaava henkilö terveyskeskuksiin (Pelkonen 2006). Englannin kielessä imetysohjauksen erityisammattilaisesta käytetään nimitystä International Board Certified Lactation Consultant. Kansallisella tasolla olisi harkittava näiden specialistien koulutuksen järjestämistä esimerkiksi Ruotsin ja Norjan tapaan. (EU 2004a, b). Toistaiseksi Suomessa on yksi tällaisen koulutuksen saanut henkilö ja muutamia on parhaillaan koulutuksessa. Imetyspecialistit voivat työskennellä sairaaloissa ja avoterveydenhuollossa, vastata imetysohjauksen kehittämisestä ja antaa konsultaatioapua ongelmatilanteissa. Koska tutkimusten mukaan vertaistuki edistää täysimetystä, terveydenhuollon ammattihenkilöiden yhteistyötä Imetyksen vertaistuen (ITU) kanssa kannattaa lisätä ja äitejä kannattaa ohjata käyttämään myös internetin imetystietokantoja. (EU 2004b.) Myös terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskinäistä yhteistyötä tulisi lisätä ja imetysohjaus tulee toteuttaa yhdessä sovittujen linjausten mukaisesti. Keskoslasten ja sairaiden vastasyntyneiden imetyksen tukemiseen on kiinnitettävä erityistä huomiota.

9.4 Synnytyksen jälkeinen hoito perusterveydenhuollossa

Stakesin asiantuntijaryhmä (1999) on antanut suosituksen synnytyksen jälkeisestä kotikäynnistä. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena –oppaassa (STM 2004) suositellaan kotikäyntiä sekä ennen lapsen syntymää että syntymän jälkeen. Vuonna 2004 terveydenhoitajista 71 % teki kotikäynnin jokaiseen vastasyntyneen perheeseen. Raskauden aikaisen kotikäynnin jokaiseen perheeseen teki terveydenhoitajista vain 2 %, mutta lähes puolet teki sen tarvittaessa. (Hakulinen-Viitanen ym.

2005.) Kotikäynti on erityisen tärkeää, jos tarvitaan avoterveydenhuollon ja sosiaaliviranomaisten yhteistyötä. Tällöin käynti voidaan tehdä yhdessä.

Äitiys- ja lastenneuvolan yhteistyössä on kiinnitettävä erityistä huomiota siirtymävaiheeseen, etenkin jos terveydenhoitaja vaihtuu. Äidit odottavat, että äitiysneuvolan tapaan myös lastenneuvolassa pidetään huolta äidin jaksamisesta ja parisuhteesta. Jos herää epäily lastensuojelun tarpeesta, konsultoidaan lastensuojeluviranomaista heti. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena –oppaassa on ohjeet tyttöjen ympärileikkauksen ennaltaehkäisyyn ja ympärileikkaukseen liittyvän lastensuojeluilmoituksen tekemiseen. (STM 2004.)

9.5 Synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistaminen ja hoito

Synnytyksen jälkeisestä masennustilasta kärsii noin 10–15 % naisista. (Depressio: Käypä hoito –suositus 2004). Vuonna 2002 joskus raskaana olleista naisista 29 % raportoi tunteneensa masennusta raskauden jälkeen (Luoto 2004). Heistä vajaa 2 % oli saanut masennukseen hoitoa. Masennustilan tunnistamiseen on kehitetty ammattihenkilöiden käyttöön kyselylomakkeista, esimerkiksi EPDS-lomake (Liite 8). Neuvolaselvityksen (Hakulinen ym. 2005) mukaan lähes viidesosa terveydenhoitajista hyödynsi EPDS-mittaria säännöllisesti ja kolmannes tarvittaessa. Lääkäreistä puolet käytti sitä tarvittaessa ja pieni osa säännöllisesti. Lomakkeen täyttöön kuluu aikaa noin viisi minuuttia. Vastausvaihtoehdot on pisteytetty nolasta kolmeen. Yhteenlaskettuna 13 tai suuremmalla pistemäärällä tunnistetaan todennäköisesti useimmat vakavasti masentuneet äidit. Pistemäärää 9/10 suositellaan esimerkiksi perusterveydenhuollossa tapahtuvaan seulontaan, jossa pyritään löytämään myös lievästä masennustilasta kärsivät äidit. Pisteytyksessä on huomioitava joidenkin kysymysten käänteisyys (pisteytysohjeet lomakkeen lopussa). (Eerola 1999, Cox ym. 1987).

Masennustilasta kärsivän äidin hoito on samansuuntaista kuin masennuksen hoito yleensä. Psykoterapeuttiset hoitomuodot ovat suositeltavia erityisesti silloin, kun äidin elämäntilanteeseen sisältyy depressiolle todennäköisesti altistavia ongelmia. Masennuslääkkeen käyttö ei yleensä estä imetystä, tosin fluoksetiinin on raportoitu kumuloituneen äidinmaitoon. (Depressio: Käypä hoito –suositus 2004.) Synnytyksen jälkeisen masennuksen hoidossa ei useinkaan tarvita raskaita lääkahoitoja, vaan ongelman tiedostaminen ja äidin tukiverkoston varmistaminen riittävät. (Perheentupa 2003.) Äitien omia selviytymiskeinoja ovat sosiaalisen tuen hakeminen, etäisyydenotto, liikuntaharrastus, rentoutuminen lukemalla, kognitiiviset keinot, uskonnollisuus ja huumori (Ylilehto 2005). Norjalaisen raportin mukaan riskiryhmiin kohdennetuilla psykososiaalisilla ja psykologisilla toimenpiteillä pystytään ehkäisemään synnytyksen jälkeisen masennuksen oireita. Kättilön tai terveydenhoitajan yksilölliset ja intensiiviset kotikäynnit synnytyksen jälkeen edistivät äidin mielenterveyttä. Myös synnytyksen jälkeen saatu vertaistuki sekä ohjailematon neuvonta vähensivät masennusta. (Kiura 2006.) Sosiaalista tukea tarjotaan esimerkiksi vertaisryhmissä, joista Suomesa on saatu hyviä kokemuksia. Synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamisesta ja hoidosta tarvitaan myös kansallinen hoitosuositus.

Kun äidin masennuksen ydin on äidin ja vauvan suhteessa, pelkkä äidin yksilöhoito ei riitä, vaan hänen masennuksensa on nähtävä varhaisen vuorovaikutuksen häiriönä. Tällöin hoito on kohdistettava äidin ja vauvan välisen suhteen hoitamiseen. Jos taas äidin masennuksen painopiste ei ole hänen suhteessaan vauvaan, vuorovaikutus vauvan kanssa ei ole myöskään niin suuressa vaarassa häiriintyä. (Sarkkinen 2003a,b.)

9.6 Jälkitarkastus ja synnytyksen jälkeinen raskauden ehkäisy

Jälkitarkastus tehdään 5–12 viikon kuluttua synnytyksestä. Jälkitarkastuksen sisältö on kuvattu Stakesin perhesuunnittelun ja äitiyshuollon asiantuntijaryhmän (1999) suosituksessa. Lääkäreiden ohella lisäkoulutetut, kokeneet terveydenhoitajat ja kätilöt voivat tehdä synnytyksen jälkeisen jälkitarkastuksen neuvolassa (ks. Rajala ym. 2005).

Synnytyksen jälkeinen ehkäisy ei ole ollut maassamme riittävän tehokasta, sillä äideillä on kohonnut riski joutua raskauden keskeytykseen 6–8 kuukautta synnytyksen jälkeen (Vikat ym. 2002). Väestön tietämystä aiheesta samoin kuin henkilökunnan koulutusta neuvonnan antamiseen on lisättävä. Kondomi on yleisimmin käytetty ehkäisymenetelmä vielä vuosi synnytyksen jälkeenkin, ja sen varamenetelmä jälkielehkäisy tunnetaan huonosti. Lääketieteellisiin menetelmiin siirrytään suhteellisen hitaasti sukupuolielämän alkamiseen ja täysimetyksen antamaan ehkäisysojaan nähden. (Kosunen 2006).

Synnytyksen jälkeistä ehkäisyä on käsiteltävä:

- äitiysneuvolassa loppuraskauden aikana
- lapsivuodeosaston kotihoito-ohjauksessa
- synnytyksen jälkitarkastuksessa

Synnytyksen jälkeiseen ehkäisytarpeeseen ja ehkäisymenetelmän valintaan vaikuttavat muun muassa seksuaalisen aktiivisuuden palautumisen aikataulu, imetyksen määrä ja toiveet mahdollisen seuraavan lapsen ajoituksesta. Jos äiti ei imetä lainkaan, hormonitoiminta normalisoituu nopeasti raskauden aikana vallinneesta tilasta ja munasolu voi vapautua jo kuuden viikon sisällä synnytyksen jälkeen (Perheentupa 2004).

Yksi syy suunnittelemattomiin raskauksiin synnytyksen jälkeen saattaa olla se, että imetyksen raskautta ehkäisevään tehoon luotetaan liikaa. Tuoreessa suomalaisessa tutkimuksessa 21 % sukupuolielämän aloittaneista äideistä ei käyttänyt mitään ehkäisyä kolmen kuukauden kuluttua synnytyksestä riippumatta siitä, olivatko lapset täydellä vai osittaisella imetyksellä (Kosunen 2006). Kansainvälisten suositusten mukaan imetys takaa riittävän luotettavan ehkäisyn vain, jos kaikki kolme seuraavaa kriteeriä täyttyvät: 1) imetys on täysimetystä; 2) kuukautiset eivät ole palanneet ja 3) lapsi on alle kuuden kuukauden ikäinen. Jos yksikin kriteeristä jää täyttymättä, on imetyksen ohella käytettävä muuta ehkäisyä, jos raskautta ei haluta (FFPRHC 2004). Amerikkalaisissa ohjeissa korostetaan, että imetysten väli saisi päivällä olla korkeintaan neljä tuntia ja yöllä kuusi tuntia (Queenan 2004). Toisin sanoen yölläkin tulee imettää, jos imetyksen ehkäisyteho halutaan varmistaa.

Noin kaksi kolmasosaa äideistä aloittaa yhdynnät kahden kuukauden sisällä synnytyksestä, neljä viidesosaa kolmen kuukauden sisällä (Barret ym. 2000, Kosunen 2006). Täysimetys vähenee suunnilleen samassa aikataulussa siten, että neljän kuukauden iässä enää 34 % vauvoista on täysimetyksellä (Hasunen ja Ryynänen 2005). Toisen tuoreen tutkimuksen mukaan täysimetyksen keskimääräinen kesto oli 1,5 kuukautta (Erkkola 2005). Imetyksen rinnalle tarvitaan siis raskauden ehkäisyä suhteellisen varhain.

Raskauden ehkäisyn tulee olla kunnossa viimeistään silloin, kun lapsi alkaa saada lisäravintoa, ellei uutta raskautta haluta.

Usein ehkäisy on syytä aloittaa jo jälkitarkastuksessa (6-8 viikkoa synnytyksen jälkeen), jolloin aloitettavaksi soveltuvat periaatteessa kaikki muut modernit ehkäisymenetelmät paitsi hormonaaliset yhdistelmävalmisteet.

Kierukka (kuparikierukka tai hormonikierukka) voidaan asettaa, kun neljä viikkoa on kulu-
nut alatiesynnytyksestä (WHO 2004, FFRHC 2004). Kierukka voidaan asettaa myös myöhemmin
imetyksen aikana raskaustestin tarkistuksen jälkeen, vaikka kuukautiset eivät olisi palautuneet
(Speroff & Darney 1996, 288).

Hormonikierukan ohella muut keltarauhashormoniin perustuvat menetelmät (minipillerit, kap-
selit) voidaan aloittaa viimeistään kuuden viikon kuluttua synnytyksestä, imetyksestä riippumat-
ta.

Kondomi on oikein käytettynä luotettava ehkäisymenetelmä, mutta käyttövirheet heikentävät
sen tehoa niin, että todellinen Pearl-indeksi (15) on huomattavasti korkeampi kuin kuparikieru-
kalla (0,8) tai yhdistelmä- ja minipillereillä (8). Naisten kondomilla käyttövirheet huomioiva in-
deksi on 21 ja pessaarilla 16. (WHO 2004). Imetyksen aikaiseen ehkäisyyn estemenetelmät so-
pivat periaatteessa hyvin, koska mahdollisten käyttöhavereiden sattuessa mukana on kuitenkin
imetyksen tuoma lisäsuoja. Jokaisen kondomin ehkäisykseen valinneen äidin on kuitenkin käytön
epäonnistumisen varalta saatava neuvonta hormonaalisesta jälkiehkäisystä, jota voidaan käyttää
myös imetyksen aikana (Jälkiehkäisy: Käypä hoito -suositus 2005). Tuoreen selvityksen mukaan
vastasyntyttäneistä naisista 72 % ilmoitti tietävänsä, miten jälkiehkäisyä käytetään, mutta vain 7
% tunsi aikarajan, jonka sisällä sitä voi käyttää (Kosunen 2006).

Kondomin käyttö imetyksen aikaisena ehkäisynä saattaa tuottaa vaikeuksia siksi, että elimistön
vähäisen estrogeenimäärän vuoksi vaginan limakalvot ovat ohuet ja arat, mikä voi tehdä käytön
epämukavaksi ja epäsäännölliseksi. Ongelma helpottuu liukasteilla ja/tai paikallisesti annostelta-
villa estrogeenivalmisteilla, mikä on syytä neuvonnassa tuoda esille. Naisten kondomin käytössä
ongelmat saattavat olla vähäisemmät.

Yhdistelmäehkäisypillereiden käyttöä on rajoitettu imetyksen aikana, koska niiden sisältämän
estrogeenin on perinteisesti katsottu vähentävän maidon eritystä. Tutkimukset ovat kuitenkin van-
hoja, ja ne on tehty pillereillä, jotka sisälsivät huomattavasti enemmän etinyyliestradiolia kuin ny-
kyiset valmisteet. Moderneilla ehkäisypillereillä (etinyyliestradiolia 25–30 mikrogrammaa), ei ole
julkaistu laadukkaita tutkimuksia (Truitt ym. 2006). Nykyaikaisten yhdistelmäpillereiden vaiku-
tusta maidon eritykseen ei siis tiedetä, ja niiden käyttöä on syytä välttää, kunnes saadaan luotetta-
vaa tutkimustietoa asiasta.

Nykyisten kansainvälisten suositusten mukaan imettävät äidit voivat käyttää yhdistelmäpil-
lereitä kuuden kuukauden jälkeen synnytyksestä rajoituksetta. Sitä ennenkin (kolmen viikon ja
kuuden kuukauden välillä) niitä voidaan käyttää, jos maidoneritys on vakiintunut ja muut ehkäi-
symenetelmät eivät tule kyseeseen (WHO 2004, FFPRHC 2004). Ei-imettävilläkään yhdistelmä-
ehkäisypillereitä ei pidä tromboosiriskin vuoksi aloittaa ennen kuin synnytyksestä on kulunut kol-
me viikkoa (WHO 2004).

Uudemmat hormonaaliset yhdistelmävalmistemuodot (ehkäisyrengas ja -laastari) sisältävät
etinyyliestradiolia kuten yhdistelmäehkäisypilleritkin, ja niitä koskevat samat rajoitukset, mitä
edellä on esitetty.

Synnytyksen jälkeen voidaan myös suorittaa sterilisaatio joko äidille tai isälle. Tämän olisi ol-
tava suunniteltua jo raskauden aikana. Mikäli äiti ilmoittaa sterilisaatiohalustaan vasta synnytyk-
sen jälkeen, on syytä keskustella hänen kanssaan koko yleistilanteesta ikä ja lapsiluku huomioon

ottaen. Näin voidaan vähentää tilanteita, joissa äiti synnytyksen jälkeisen sterilisaation jälkeen haluaisi kuitenkin sen purkua. Yhdeksän prosenttia raskauden keskeytyksistä tapahtuu vuoden sisällä synnytyksen jälkeen. On ilmeistä, että jälkitarkastukseen liittyvää raskauden ehkäisyneuvontaa olisi merkittävästi tehostettava. Sen vuoksi olisi lisättävä myös henkilökunnan koulutusta neuvonnan antamiseen. (Perheentupa 2004.)

Tavoitteet:

- hyvin ohjattu perhe, jolla on riittävät valmiudet selviytyä turvallisesti kotona
- jokaisella synnyttäjällä on mahdollisuus synnytyskeskusteluun
- äidillä on myönteinen asenne ja riittävät tiedot ja taidot imetykseen
- äidillä ja isällä on myönteinen asenne ja riittävät taidot vauvan hoitoon
- jokaiseen perheeseen tehdään synnytyksen jälkeen neuvolasta kotikäynti
- synnytyksen jälkeinen masennus tunnistetaan, ja äiti ja perhe saavat tarvitsemansa hoidon ja tuen
- jälkitarkastus on tilanne, jossa äidin, isän ja koko perheen selviytymistä voidaan edistää ja tukea
- synnytyksen jälkeisen ensimmäisen vuoden aikana tehtyjen raskaudenkeskeytysten määrä vähenee

Toimenpiteet:

- riittävä ohjaus ja vanhemmuuteen tukeminen
- parisuhteen ja seksuaalisuuden tukeminen sekä raskauden ehkäisy sisältyvät ohjaukseen
- perheiden omatoimisuuden tukeminen, mutta myös hyvä tukiverkko
- jokaiselle synnyttäjälle tarjotaan mahdollisuus synnytyskeskusteluun synnytyksen hoitaneen kättilön kanssa, lapsivuodeosastolla sekä neuvolassa
- kaikilla synnytyssairaalan kättilöillä ja neuvolan terveydenhoitajilla on imetysohjaajakoulutus sekä lääkäreillä riittävä koulutus imetyksestä
- jokaisella perheellä on lapsivuodeosastolla omahoitaja, joka ohjaa ja tukee imetyksessä ja vauvan hoidossa
- varhaisia kotiutujia varten järjestetään neuvolasta varhainen kotikäynti tai mahdollisuus käydä sairaalassa kättilön vastaanotolla
- synnytyksen jälkeinen kotikäynti tehdään jokaiseen perheeseen. Tarvittaessa käynti tehdään yhdessä sosiaalityöntekijän kanssa.
- EPDS-lomaketta käytetään synnytyksen jälkeisen masennuksen seulonnassa jokaiselle äidille
- synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamisesta ja hoidosta laaditaan kansallinen hoitosuositus
- jälkitarkastuksessa selvitetään äidin fyysisen kunnon lisäksi myös perheen psykososiaalinen tilanne ja annetaan myös siihen liittyvää tarvittavaa ohjausta ja tukea
- synnytyksen jälkeiseen ehkäisyyn liittyvää neuvontaa tehostetaan, mukaan lukien jälkiehkäisyä koskevan informaation tehostaminen
- synnytyksen jälkeisen ehkäisyn aloittamista jälkitarkastuksen yhteydessä lisätään

LÄHTEET:

- Adams C, Berger R, Conning P, Cruikshank L, Dore K. Breastfeeding trends at a Community Breastfeeding Center: an evaluative survey. *JOGNN – Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 2001;30(4):392-400.
- Barret G, Pendry E, Peacock J ym. 2000. Women's sexual health and childbirth. *BJOG* 2000;107:186–195.
- Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of Postnatal Depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry* 1987;150:782–6.
- Dennett S. Talking about the birth with a midwife. *British Journal of Midwifery* 2003;11:24–7.
- Dennis CL. Breastfeeding initiation and duration: a 1990-2000 literature review. *JOGNN – Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 2002;31(1):12-32.
- Depressio (online). Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2004. Luettavissa: <http://www.kaypahoito.fi/> (16.11.2006)
- Eerola K. Mielenterveyden häiriöt ensisynnyttäjillä. Prospektiivinen tutkimus häiriöiden esiintyvyydestä ja riskitekijöistä sekä sosiaalisesta tuesta. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja C Osa 154. Turku, 1999.
- Erkkola M. 2005. Diet in early life and antibody responses to cow's milk and type 1 diabetes associated autoantigens. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja A24/2005. Helsinki, 2005.
- EU. Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action. European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment, Luxembourg, 2004a. Luettavissa: http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/promotion_2002_18_en.htm. Luettu 30.12.2004.
- EU. Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: review of interventions. European Commission, Directorate for Public Health, Luxembourg, 2004b. Luettavissa: http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/promotion_2002_18_en.htm. Luettu: 30.12.2004.
- Fallon AB, Hegney D, O'Brien M, Brodribb W, Crepinsek M, Doolaan J. An evaluation of a telephone-based postnatal support intervention for infant feeding in a regional Australian city. *Birth* 2005;32(4):291-8.
- FFPRHC (Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care). 2004. FFPRFC Guidance (July 2004). Contraceptive choices for breastfeeding women. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* 2004; 30:181 - 189. Luettavissa: <http://www.ffprhc.org.uk/>. Luettu: 10.11.2006.
- Hakulinen-Viitanen T, Pelkonen M, Haapakorva A. Äitiys- ja lastenneuvolatyö Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:22. Helsinki, 2005.
- Hasunen K, Ryynänen S. Imeväisikäisten ruokinta Suomessa vuonna 2005. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:19. Helsinki, 2006.
- Hasunen K, Kalavainen M, Keinonen H, Lagström H, Lyytikäinen A, Nurttila A, Peltola T, Talvia S. Lapsi, perhe ja ruoka. Imeväis- ja leikki-ikäisten lasten, odottavien ja imettävien äitien ravitsemussuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2004:11. Helsinki, 2004.

- International Lactation Consultants Association. Clinical Guidelines for the Establishment of Exclusive Breastfeeding. International Lactation Consultants Association, 2005.
- Jälkiehkäisy (online). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Gynekologiyhdistyksen ja Suomen yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2005 (päivitetty 15.11.2005). Luettavissa: <http://www.kaypahoito.fi/>. (10.11.2006)
- Järvenpää A-L. Onko vastasyntyneen varhainen kotiuttaminen vaaratonta? Suomen Lääkärilehti 2002;57:757-9.
- Kallioniemi T. Kätilöt tutkimustiedon käyttäjinä synnytysten hoidossa. Kysely tutkimustiedon leviämistä ja siihen liittyvistä tekijöistä. Pro gradu –tutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto, 2000.
- Kiura E. Kotikäynnit ehkäisevät äitien masennusta. Suomenkielinen tiivistelmä alkuperäiskatsauksesta Larun, L. ym. 2005. Svangerskap og psykisk helse. Kvinner psykiske helse i forbindelse med svangerskap og første året etter fødsel. Kunnskapssenteret. http://www.kunnskapssenteret.no/filer/05_svangerskap_og_psykisk_helse_revidert_utg.pdf.
- HTA lyhyesti. Impakti 2006;3:17.
- Kosunen E. Raskauden ehkäisy ensimmäisenä vuonna synnytyksen jälkeen. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Jyväskylä, 2006.
Luettavissa: <http://www.kirjasto.jypoly.fi/kirjasto/Opinnayte/Eopnaytteet.htm>
- Kujanpää K, Rajala K. Perheen ja hoitohenkilökunnan kokemuksia lyhytjälkihoitoisesta synnytyksestä. Pro gradu –tutkielma. Hoitotieteen laitos ja kasvatustieteen laitos. Tampereen yliopisto, 2004.
- Lavender T, Walkinshaw SA. Can Midwives Reduce Postpartum Psychological Morbidity? A Randomized Trial. Birth 1998;25:215-9.
- Luoto R, Kinnunen TI, Koponen P, Kaaja R, Männistö S., Vartiainen E. Naisten lisääntymisterveys Suomessa. Tuloksia FINRISKI 2002 –tutkimuksesta. Suomen Lääkärilehti 2004;59:885-90.
- Olin R-M, Faxelid E. Parents' needs to talk about their experiences of childbirth. Scandinavian Journal of Caring Sciences 2003;17:153-9.
- Pelkonen M. Imetystä tukemaan yhteistuumiin. Terveystieteen laitos 2006;4-5:30-1.
- Perheentupa A. Raskauden ehkäisy imetysaikana. Duodecim 2004;120:1467-73.
- Perheentupa A. Synnytyksen jälkeinen masennus – onko vika hormoneissa? Suomen Lääkärilehti 2003;58:387-91.
- Queenan, J. 2004. Contraception and breastfeeding. Clinical Obstetrics and Gynecology 2004;47:734 - 739.
- Rajala K-R, Olli R, Illikainen K. HoLa –hoitajien toimenkuvan laajentaminen. Pilottiprojekti. Hankkeessa: Toimivan perusterveydenhuollon, ennaltaehkäisevän työn ja toimijoiden välisen yhteistyön kehittäminen Ylivieskan seutukunnassa ja lähikunnissa. Loppuraportti. Joulukuu 2005. Luettavissa: <http://www.ouluhealth.com/index.asp> Luettu 29.3.2006.
- Sarkkinen M. Dyadinen vauvan ja masentuneen äidin kotikäyntihoito. Teoksessa Niemelä P, Silta P, Tamminen T. (toim.) Äidin ja vauvan varhainen vuorovaikutus. WSOY. Juva, 2003b, 283-305.

- Sarkkinen M. Masentunut äiti – tyydyttävän äitiydenkokemuksen ulkopuolella. Teoksessa Niemelä P, Siltala P, Tamminen T. (toim.) Äidin ja vauvan varhainen vuorovaikutus. WSOY. Juva, 2003a, 283-305.
- Sikorski J, Renfrew MJ, Pindoria S, Wade A. Support for breastfeeding mothers: a systematic review. *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 2003;17(4):407-17.
- Speroff L, Darney P. A Clinical Guide for Contraception. Second edition. Baltimore: Williams & Wilkins, 1996.
- Stakes. Synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2004. Tilastotiedote 21/2005. Luettavissa: www.stakes.info/files/pdf/Tilastotiedote2005/Tt21_05.pdf Luettu 16.8.2006.
- Stakes. Syntymärekisteri. Julkaisemattomia tietoja, 2006.
- Stakesin perhesuunnittelun ja äitiyshuollon asiantuntijaryhmä, Kirsi Viisainen (toim.). Seulontatutkimukset ja yhteistyö äitiyshuollossa, suositukset 1999. Stakes Oppaita 34. Jyväskylä, 1999.
- STM. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:14. Helsinki, 2004.
- Truitt, ST, Fraser, A, Gallo, MF, Lopez, LM, Grimes, DA, Schulz, KF. Combined hormonal versus nonhormonal versus progestin-only contraception in lactation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006.
- Vikat A, Kosunen E, Rimpelä M. Risk of postpartum induced abortion in Finland: A register-based study. *Perspect Sexual Reprod Health* 2002;34:84-90.
- Ylilehto H. Synnytyksen jälkeinen masennus – salpautunut ilo. Naisten lapsivuodeajan kokemusten salutogeeninen tarkastelu. Akateeminen väitöskirja. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos. Oulu, 2005.
- WHO. 2004. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use. Third edition. World Health Organization. Luettavissa: http://www.who.int/topics/family_planning/en/. Luettu: 10.11.2006.

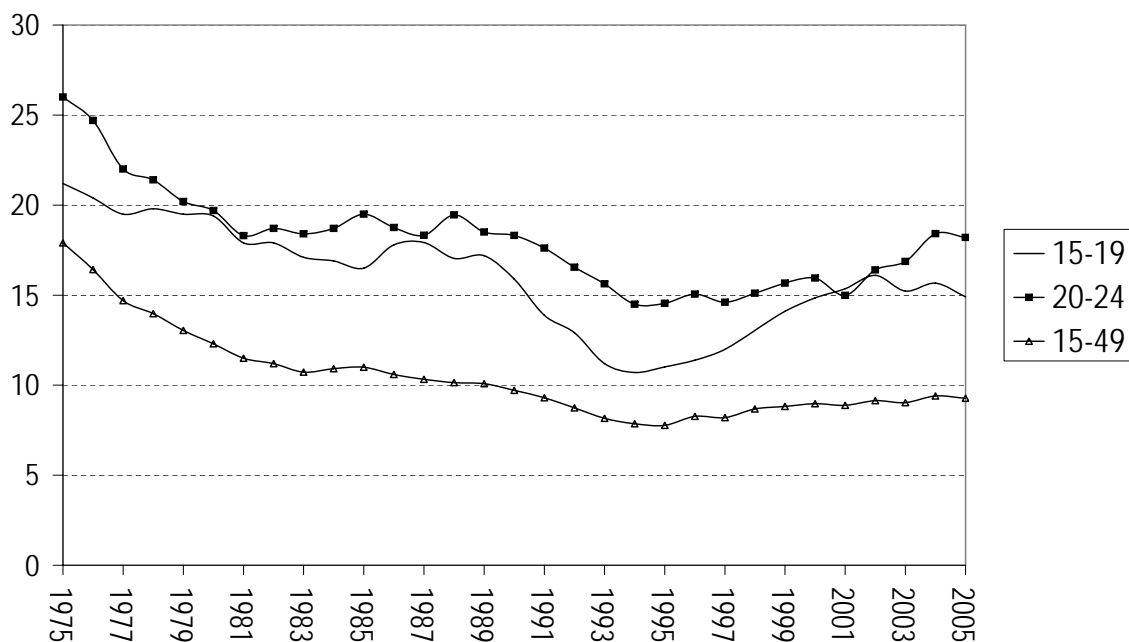
10 RASKAUDEN EHKÄISYPALVELUT

10.1 Ehkäisyn tarve tilastojen valossa

Suomessa ei ole tuoretta tutkimustietoa siitä, miten suuri osa raskauksista kaikkiaan on ollut suunniteltuja ja miten hyvin perheen koon suunnittelu ja lasten syntymän ajoittuminen onnistuvat. Päätelemät raskauden ehkäisyn tuloksellisuudesta on tehtävä siis raskauden keskeytystilastoihin perustuen. Lisäksi indikaattorina voidaan käyttää nuorten synnytyksiä, sillä valtaosa alle 20 -vuotiaiden ja lähes kaikki alle 18 -vuotiaiden synnytykseenkin johtaneista raskauksista on todennäköisesti suunnittelemattomia. Perusteluna tälle voidaan käyttää tietoja Tanskasta, joka on kulttuurisesti verrattavissa Suomeen. Siellä alle 20 -vuotiaiden raskauksista 86 % oli alkanut suunnittelematta – johtivatpa ne keskeytykseen tai synnytykseen (Vikat ym. 2002a).

Raskauden keskeytykset vähenivät Suomessa lähes yhtäjaksoisesti 1970 -luvun puolivälistä 1990 -luvun puoliväliin saakka, minkä jälkeen lasku pysähtyi ja keskeytysten määrä on ollut 8–9 tuhatta 15–49 -vuotiaista naista kohti (kuva 10.1). Alle 25 -vuotiailla keskeytykset ovat tämän jälkeen lisääntyneet ja 20–24 -vuotiailla nousu on jatkunut viime vuosiin saakka. Neljännes kaikista keskeytyksistä tehdään 20–24 -vuotiaille.

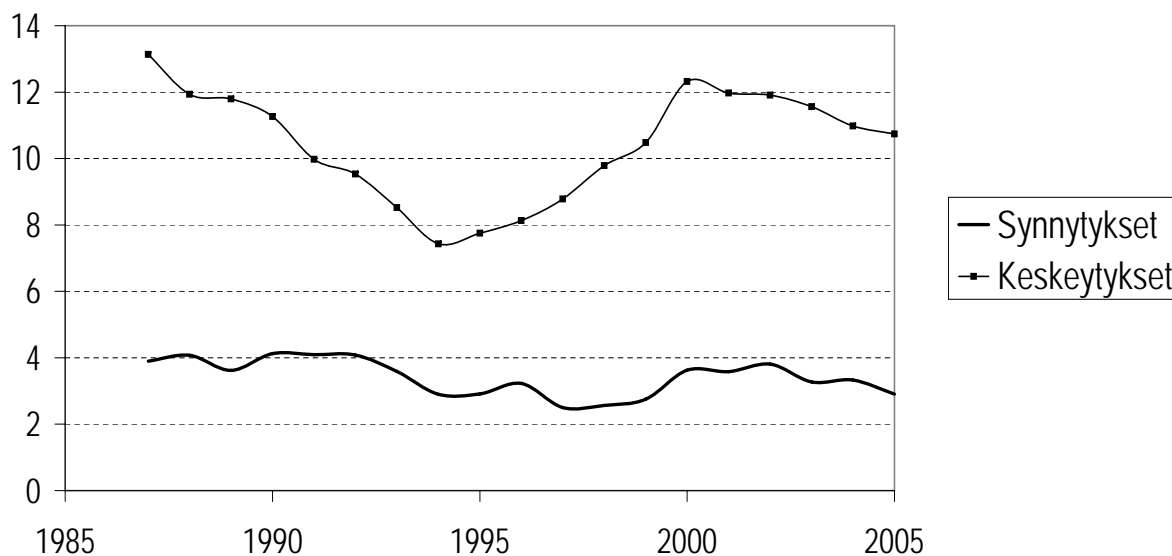
Kuvio 10.1. Raskauden keskeytykset alle 25 -vuotiailla ja kaikilla 15–49 -vuotiailla tuhatta naista kohti, 1975–2005



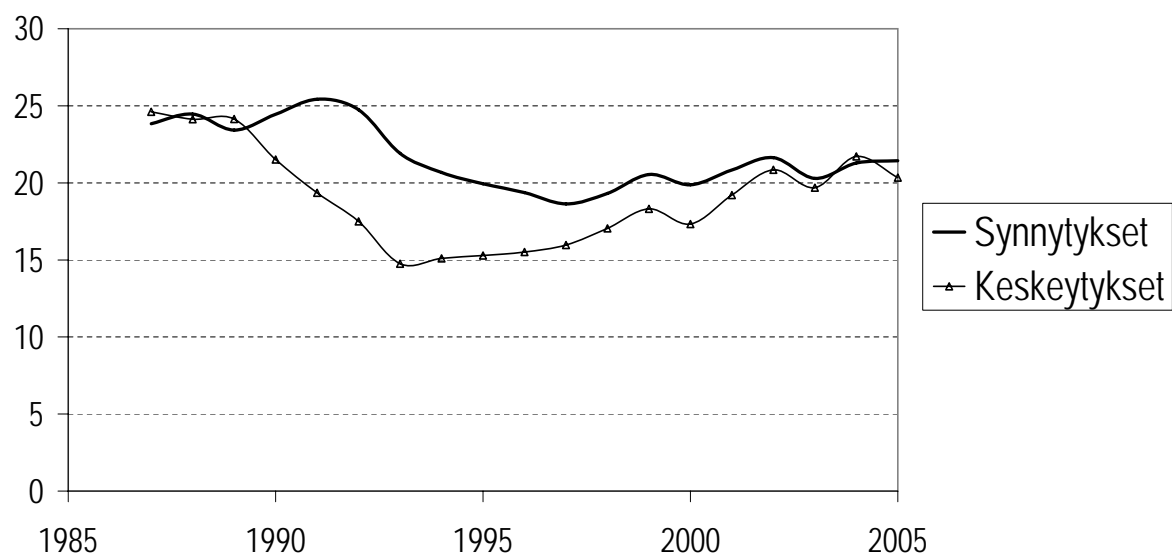
Alle 20 -vuotiaiden synnytykset kääntyivät nousuun pari vuotta myöhemmin kuin keskeytykset, minkä jälkeen ne lisääntyivät 1997–2002. Väestöön suhteutettu synnytysluku kasvoi tänä aikana 9,0:sta 11,2:een tuhatta 15–19 -vuotiasta tyttöä kohti (Gissler 2004). Vuoden 2002 jälkeen kehitys on ollut lievästi vähenevä (Stakes 2006a).

Alaikäisillä (alle 18 -vuotiailla) sekä keskeytysten että synnytysten trendit ovat olleet suunnilleen edellä kuvatun kaltaiset eli nousuvaiheen jälkeen ne ovat vähentyneet vuoden 2002 jälkeen (kuvio 10.2). Sen sijaan 18–19 -vuotiailla vähenemisvaihetta ei ole havaittavissa, vaan sekä keskeytysten että synnytysten määrä on viime vuodet pysytellyt samoissa lukemissa eli hiukan yli 20 tuhatta tyttöä kohti (kuvio 10.3).

Kuvio 10.2. Synnytykset ja raskauden keskeytykset alle 18 -vuotiailla tuhatta 15–17 -vuotiasta naista kohti



Kuvio 10.3. Synnytykset ja raskauden keskeytykset 18–19 -vuotiailla tuhatta naista kohti



Vuonna 2005 raskauden keskeytykseen hakeutuneista 37 % ei ollut käyttänyt mitään ehkäisyä raskauden alkaessa, alle 20 -vuotiailla osuus oli 40 % (Stakes 2006b). Vaikka raskauden ehkäisyyn aina liittyvä epäonnistumisen mahdollisuuskin huomioitaisiin, olisi periaatteessa ainakin kolman- nes keskeytyksistä ehkäistävissä ehkäisyä käyttämällä.

Viime vuosina keskeytykseen hakeutuneista on noin kolmannes ollut toimenpiteessä vähintään kerran aikaisemmin ja noin puolella on takanaan ainakin yksi synnytys (Stakes 2006b). Molemmat ryhmät ovat siis olleet aiemmin terveydenhuollon palvelujärjestelmän piirissä. Periaatteessa heidän olisi palvelukontaktin yhteydessä pitänyt saada riittävästi ehkäisyneuvontaa estääkseen suunnitteleamattoman raskauden alkamisen.

Perhesuunnittelun vaikeuksista kertoo se, että raskauden keskeytyksen riski on kohonnut 6–8 kk synnytyksen jälkeen (Vikat ym. 2002a). Synnytyksen jälkeinen ehkäisy ei siis toteudu tarvetta vastaavalla tavalla. Kahdessa äitiysneuvolassa tehdyssä tutkimuksessa ilmeni, että kondomi on tärkein ehkäisymenetelmä ainakin vuoden ajan synnytyksen jälkeen ja noin viidennes äideistä ei käytä mitään ehkäisyä noin kolme kuukautta synnytyksen jälkeen. Lisäksi lääketieteellisiin menetelmiin siirrytään melko myöhään (Kosunen 2006).

Yhteenvetona voidaan todeta, että lisääntymistilastojen valossa ehkäisy ei toteudu tarvetta vastaavasti etenkin nuorena, alle 25 -vuotiaassa väestössä, mihin saattaa osaltaan vaikuttaa ehkäisypalvelujen tarjonta ko. ikäluokille. Heikkoja kohtia on myös synnytyksen ja keskeytyksen jälkeisen ehkäisyn toteutumisessa.

10.2 Ehkäisymenetelmien käyttö

Kouluterveyskyselyn mukaan peruskouluikäisistä jättää kokonaan ehkäisemättä 15–18 prosenttia (yhdynnässä olleista laskettuna), lukiolaisilla osuudet ovat selvästi alhaisempia. Luvut eivät ole juurikaan muuttuneet viime vuosina. Käytettyjen menetelmien jakaumassa on ollut siirtymää kondomin käytöstä ehkäisypillereihin – harvoin kuitenkin niiden yhdistelmään. Raskauden ehkäisyn näkökulmasta on siis siirrytty tehokkaamman ehkäisyn suuntaan, mutta sukupuolitautilien ehkäisemisen näkökulmasta heikompaan. (Kosunen 2004.).

Nuorten terveystapatutkimuksen mukaan ehkäisypillereiden käyttö lisääntyi 1980-luvulla ja saavutti suunnilleen nykyisen tasonsa 1990-luvun alussa. Sen jälkeen vaihtelu on ollut vähäistä. Kymmenvuotisjaksolla 1993–2003 pillereiden käyttö lisääntyi merkitsevästi 16 -vuotiailla (16,7 % vs. 20,8 %), mutta ei 14- ja 18 -vuotiailla. Vuonna 2003 ehkäisypillereitä käytti 14 -vuotiaista 2,8 % ja 18 -vuotiaista 40,1 % (Falah Hassani ym. 2006.).

Ehkäisyvälinemarkkinoille on tullut uusia hormonaalisia yhdistelmävalmisteita, jotka näkyvät myyntitilastoissa vuodesta 2003 lähtien. Ehkäisyrengas on saavuttanut suosiota etenkin nuorten keskuudessa, jossain määrin käytetään myös ehkäisylaastaria. Tutkimustietoa näiden menetelmien käytöstä ei ole saatavissa. Myyntilastojen mukaan ehkäisyrenkaiden ja -laastareiden osuus hormonaalisten yhdistelmävalmisteiden myynnistä oli 6 % vuonna 2005 ja vuoden 2006 osuudeksi arvioidaan 7 % (Läkelaitos, julkaisematon tieto).

Yliopisto-opiskelijoiden keskuudessa vuonna 2004 tehdyssä tutkimuksessa 19–35 -vuotiaista naisista 50 % käytti hormonaalisia menetelmiä ja 31 % kondomia. Vähintään viikoittain yhdynnässä olevilla hormonimenetelmien osuus nousi 67 %:iin ja kondomin osuus väheni vastaavasti neljännekseen. Ehkäisyn käytössä ei ollut mainittavia muutoksia vuoteen 2000 nähden. (Virtala ym. 2006). Muista kuin yliopisto-opiskelijoista ei vastaavaa tutkimusta ole tehty.

Aikuisväestön ehkäisykäytännöistä tieto on sirpaleisempaa eikä se ole samalla tavoin vertailukelpoista kuin nuorisotutkimuksissa. Ehkäisyn laiminlyövien osuuksista ei ole selkeää tietoa, koska raskautta haluavien osuutta ei tutkimuksissa ole aina yksiselitteisesti selvitetty. Seksuaalikäyttäytymistutkimuksen mukaan kondomin käyttö väheni 1990-luvulla (Haavio-Mannila ja Kontula 2001). Terveys 2000 –tutkimuksen mukaan kondomi oli edelleen suosittu menetelmä: 20–29 -vuotiaista naisista noin 40 % ilmoitti sen ehkäisykseen (Kosunen ym. 2004).

Terveys 2000 –tutkimuksessa alle 30 -vuotiaat naiset ilmoittivat vähemmän ehkäisypillereiden käyttöä kuin samanikäiset Stakesin tutkimuksessa vuonna 1994. Yli 30 -vuotiailla ehkäisypillereiden suosio oli kasvussa. Kierukkaa käytti alle 30 -vuotiaista vain muutama prosentti, 30 ikävuoden

jälkeen käyttäjien osuus oli vähintään viidenneksen luokkaa. Mitä vanhempi viisivuotisikäryhmä, sitä useammin valintana oli hormonikierukka. (Kosunen ym. 2004).

Jälkiehkäisy vapautui itsehoitolääkkeeksi apteekkimyyntiin toukokuussa 2002. Silloin asetettiin toiveita raskauden keskeytysten vähenemiseen nimenomaan jälkiehkäisyä eniten käyttävien ikäryhmien (alle 25-vuotiaiden) osalta. Myytyjen pakkausten määrä kasvoi heti 62 % edellisvuodesta (Sihvo ym. 2003), mutta sittemmin myynnin nousu on ollut hitaampaa. Vuonna 2004 myytiin 89 600 pakkausta, noin neljä prosenttia edellisvuotta enemmän (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2005). Keskeytystilastojen perusteella näyttää siltä, että jälkiehkäisyyn itsehoidoksi vapauttamisella ei ole ollut toivottua vaikutusta nuorten ikäryhmien raskauden keskeytystarpeeseen.

Sterilisaatioiden määrä on puolittunut vuoden 1996 jälkeen, vuonna 2005 niitä tehtiin 6 923. Väheneminen johtuu pääosin naisten sterilisaation suosion alenemisesta. Miehillä tehtyjen sterilisaatioiden määrä nousi 1990-luvun alkupuolella aktiivisen palvelutarjonnan kehittämisen myötä. 2000-luvun puolella miesten sterilisaatioiden lukumäärä on ollut tasaisesti noin 1600–1800 vuodessa. Vuonna 2005 kaikista sterilisaatioista 26 % tehtiin miehille. (Stakes 2006b). Jos ehkäisyyn tarve on pysyvä, on miehen sterilisaatio harkinnan arvoinen vaihtoehto.

10.3 Raskauden ehkäisypalvelut

Raskauden ehkäisyneuvonta tuli kuntien järjestettäväksi kansanterveyslain myötä 1972. Toimintaa ohjeistettiin alkuvaiheessa yksityiskohtaisesti ja neuvolaverkosto perustettiin kattavasti koko maahan muutamassa vuodessa. Viimeiset ohjeet toiminnasta annettiin vuonna 1982 (kumottu vuonna 1991). Jotain tietoja ehkäisyneuvonnasta on julkaistu viimeksi vuodelta 1995, jolloin noin kolmanneksessa terveyskeskuksista oli ehkäisyneuvola, kolmannes hoiti työn väestövastuista ja kolmanneksessa järjestely oli jotain siltä väliltä (Koponen ym. 1998). Sittemmin yhteiskunnallisten ja terveydenhuollon muutosten (talouselämä, valtionosuusjärjestelmän purkaminen, väestövastuuseen siirtyminen, lääkäriarvo) on arveltu heikentäneen erityisesti ehkäisevän terveydenhuollon kehitystä. Julkisuudessa on arveltu myös raskauden ehkäisypalvelujen joutuneen leikkausten kohteeksi.

Valtakunnalliset avoterveydenhuollon tilastot esittävät perhesuunnittelukäyntien vähentyneen vuodesta 1997, mutta tilastoinnin luotettavuutta ei tiedetä. Kouluterveydenhuollon palveluiden – ja siten kouluterveydenhuollon tarjoamien nuorten seksuaaliterveyspalveluiden – tiedetään olleen supistusten kohteena.

Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueella syksyllä 2005 tehdyssä 63 terveyskeskuksen tutkimuksessa palvelut oli järjestetty 54 %:ssa terveyskeskuksista yhdistettynä äitiysneuvontaan. Erillinen ehkäisyneuvola oli 21 %:ssa ja 17 %:ssa ehkäisyneuvonta toteutettiin vastaanottotyön osana. Koko maan terveyskeskusten johtajille samana vuonna tehdyssä kyselyssä vastaukset ehkäisyneuvonnan järjestämistavasta eivät olleet yksiselitteisesti tulkittavissa. Ilmeistä oli kuitenkin, että valtaosassa äitiys- ja ehkäisyneuvonta oli yhdistettyä toimintaa (Matti Rimpelä, julkaisematon tieto).

Ehkäisyneuvonnassa keskeisenä seikkana pidetään palveluihin pääsyä ja palveluiden saavutettavuutta (access). Esteitä tälle voi ilmetä palvelujärjestelmässä monella tasolla (Taulukko 10.1). Tiedollisia ja kulttuurisia esteitä pidetään Suomessa yleisesti vähäisinä, sillä asenneilmasto on asialle myönteinen. Ehkäisytiedon pidetään koululaistutkimusten perusteella hyvänä, mutta yksityiskohtaisempaa tutkimusta tiedon tasosta ei ole tehty. Aikuisväestön nykyisestä ehkäisyneuvonnan

tasosta ei ole tehty tutkimuksia.

Ehkäisyn kustannukset ovat Suomessa korkeat. Ehkäisyneuvonnan palvelukäynti on kansanterveyslain ja siihen liittyvän maksulain (L 734/1992) perusteella maksuton kaiken ikäisille riippumatta siitä, mihin käynti tehdään (ehkäisyneuvolaan, lääkärin vastaanotolle, kouluterveydenhuoltoon tms.). Vakiintuneen käytännön mukaan terveyskeskus vastaa ehkäisyneuvontaan liittyvän ensimmäisen kierukan kustannukset ja seuraavat kierukat henkilö hankkii itse apteekista (STM 2002). Muuten ehkäisyvälineistä (pillerit, kierukka) joutuu itse pääsääntöisesti maksamaan. Esim. ehkäisypillereiden hinta on korkea moniin muihin maihin nähden. TAYS:n erityisvastuualueen lähes kaikissa ehkäisyneuvonnan toimipisteissä ensimmäiset pillerit sai ilmaiseksi keskimäärin neljäksi kuukaudeksi. Synnytyksen ja raskauden keskeytyksen jälkeen ehkäisy oli ilmaista noin kolmanneksessa (Sannisto ym. 2006). Iso-Britanniassa kaikki ehkäisymenetelmät ovat kokonaan ilmaisia silloin, kun palvelu haetaan julkisen terveydenhuollon kautta. Ehkäisy on ilmaista nuorille asiakkaille myös joissain Pohjoismaissa (Apter 2006). Ulkomaisissa tutkimuksissa ehkäisyvälineiden ilmaisjakelu on arvioitu kustannustehokkaaksi toiminnaksi (Trussell ym. 1995, Hughes ja McGuire 1996, Sonnenberg ym. 2004).

Taulukko 10.1. Ehkäisyneuvonnan saavutettavuuden esteet (Welsh ym. 2006)

Tiedollinen	Tieto välineistä ja palveluista
Maantieteellinen	Etäisyys palveluista
Taloudellinen	Ehkäisyvälineiden hinta, vastaanotolla käynnin kokonaiskustannukset
Psykososiaalinen	Pelot ja uskomukset, kulttuuriset käsitykset, uskonto
Hallinnollinen	Työnjako
Lääketieteellinen	Näyttöön perustumattomat rajoitukset ehkäisyvälineiden tarjonnassa Turhat tutkimukset ehtona ehkäisyn saamiselle

Ehkäisyasioissa hoitajan vastaanotolle pääsi noin puolessa toimipisteistä kolmessa päivässä, mutta lääkärin vastaanotolle joutui odottamaan yleisesti vähintään kaksi viikkoa. Osassa terveyskeskuksista odotusajat olivat hyvin pitkiä, pisimmillään kolme kuukautta. Palvelut oli rajattu alle 35 -vuotiaille kahdessa suuressa kaupunkiterveyskeskuksessa. Kesäajan sulkua oli noin puolessa keskuksista (17/33) keston ollessa keskimäärin kuukauden (Sannisto ym. 2006).

Nuorille tarkoitettu oma neuvola oli kolmessa kaupungissa. Kouluterveydenhuollon vastaanotolta sai ehkäisypillereitä viidesosassa terveyskeskuksista. Kondomin ilmaisujakelua ei kysytty, spontaanisti sen ilmoitti ani harva terveyskeskus (Sannisto ym. 2006). Nuorten palveluiden saatavuuden heikkenemiseen saattaa viitata se, että 1990 -luvulla nuorten ehkäisypillereiden käyttö oli vähentynyt pääkaupunkiseudulla. (Falah Hassani ym. 2006).

Kouluterveydenhuollon ohjeet suosittelevat, että kouluterveydenhuollossa olisi mahdollisuus antaa nuorille tarvittaessa maksuttomia kondomeja sekä jälkiehkäisypakkauksia. Toimivaksi on todettu käytäntö, että kouluterveydenhoitaja voi lääkärin ohjeiden mukaan tehdä ehkäisypillereiden aloitukseen liittyvän haastattelun ja antaa aloituspakkauksen nuorelle mukaan. Samalla varataan aika ensimmäiseen tarkastukseen lääkärin vastaanotolle (Kouluterveydenhuolto 2002).

Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö (YTHS) tarjoaa palveluita yliopisto-opiskelijoille. Ehkäisyn tarve on lääkärikäynnin syynä 12 %:ssa, ja se on tärkein yksittäinen yhteydenoton syy (Virtala ja Virjo 2005). Muiden oppilaitosten opiskelijat ovat olleet yliopisto-opiskelijoihin nähden eriar-

voisessa asemassa terveydenhuoltopalveluihin pääsyssä, mutta asiaan on odotettavissa korjausta. Ensimmäinen kansallinen opiskeluterveydenhuollon opas (2006) antaa ohjeita mm. opiskelijoiden seksuaaliterveyspalveluista ja korostaa viivytyksetöntä pääsyä raskauden ehkäisypalveluihin (STM 2006).

Hormonaalista jälkiesiintymistä on ollut mahdollisuus hankkia reseptillä apteekista vuodesta 2002 lähtien, jos on täyttänyt 15 vuotta. Jälkiesiintymisen toteuttamisessa tarvitaan silti terveydenhuollon palveluita. Alle 15 -vuotiaiden pitää periaatteessa hakea jälkiesiintymistä edelleen terveydenhuollosta ja apteekin pitäisi ohjata jälkitarkastukseen alle 20 -vuotiaat samoin kuin klamydiatartunnan mahdollisesti saaneet asiakkaat. Lisäksi terveyskeskuksen kautta pitäisi tarvittaessa saada kupaririketti myös jälkiesiintymistarkoitukseen. (Jälkiesiintymis: Käypä hoito –suositus 2005).

10.4 Ehkäisypalveluiden kehittäminen

Suomessa ehkäisyneuvonta on ollut hoitajavetoista eli asiakkaan alkututkimuksen ja seurannan toteuttavat pääosin neuvolan terveydenhoitajat tai kättilöt. Lääkärin vastaanotto on kuitenkin väärittänyt lopullista menetelmän valintaa ja esim. reseptin allekirjoitusta sekä gynekologista tutkimusta varten. Myös ehkäisymenetelmän käytön seurantaan ovat kuuluneet säännölliset lääkärin tarkastukset.

Neuvonnan toteuttamisen työtavat ja henkilöstön välinen työnjako saattavat osaltaan vaikeuttaa ehkäisyneuvonnan tavoitettavuutta (kts. taulukko 10.1). Vähentämällä tarpeetonta työtä ja jakamalla työtä uudelleen olisi mahdollista kehittää työtä ja suunnata toimintaa niin, että ne palvelisivat mahdollisimman suurta määrää väestöä. Kättilöt ja muut hoitotyön ammattilaiset toteuttavat ehkäisyneuvontaa menestyksellisesti monissa maissa (Welsh ym. 2006). Lähin esimerkki on Ruotsi, jossa se on kättilöiden vastuulla.

Kansallisen terveydenhuollon hankkeen piirissä on ollut esillä rajattu reseptikirjoitusoikeuden antaminen hoitohenkilökunnalle, yhtenä esimerkkinä on ollut ehkäisytablettien määräämis-oikeus. Myös kierukoiden asettaminen on ollut ehdolla yhdeksi lääkäriltä hoitajalle siirrettäväksi tehtäväksi. Tämä on toteutettu vuoden 2006 aikana Siikalatvan terveyspalvelualueella ja Kalajoen terveyskeskuksissa ja kokemukset ovat olleet hyviä (Sinikka Haarala, henkilökohtainen tiedonanto 7.11.2006). Raskauden ehkäisyneuvonnan työnjakoa on kehitetty myös Joensuun terveyskeskuksessa jakamalla tehtävät lääkärin ja hoitajan kesken. Terveydenhoitaja voi muun muassa aloittaa ehkäisytabletit terveelle naiselle vuodeksi, laittaa ihonalaisen ehkäisykapselin, paikantaa kierukan ultraäänellä ja poistaa, mutta ei asettaa (Schering-uutiset 2006, Joensuun terveyskeskuksen tiedonanto 11.9.2006).

Kaikkiaan ehkäisyneuvolatoiminnan kehittämistoiminta on ollut hyvin vähäistä eikä siitä juuri löydy julkaisuja. Tämä johtunee osaltaan sekä valtakunnallisen ohjauksen että paikallisen vastuunjaon puutteista. TAYS:n erityisvastuualueen tutkimuksessa ei tullut esille yhtään kehittämishanketta vapaissa vastauksissa ja kolmanneksessa terveyskeskuksista ei oltu nimetty ehkäisyneuvonnan kehittämisestä vastaavaa työntekijää (Sannisto ym. 2006). Osaltaan kehittämistoiminnan vähyys voi johtua myös siitä, että toiminta on sulautettu äitiysneuvontaan suurella osalla terveyskeskuksia.

10.5 Yleis- vai erikoisosaamista?

Kansanterveyslain voimaantulon jälkeen henkilökuntaa koulutettiin erikseen raskauden ehkäisyneuvontaan, koska kyseessä oli kokonaan uusi tehtäväalue. Sittemmin tehtävän erityisluonnetta ei ole enää korostettu ja se on siirretty osaksi äitiysneuvolatyötä, jopa osaksi vastaanottotoimintaa. Suurimmalla osalla ehkäisyneuvontaa tekevästä henkilökunnasta on hoidettavanaan paljon muita perusterveydenhuollon tehtäväalueita, eikä seksuaaliterveyteen liittyvä täydennyskoulutus ole systemaattista (Sannisto ym. 2006).

Kansainvälisten suositusten mukaan ehkäisyneuvonnan henkilökunnan on oltava tehtäväänsä koulutettuja ja täydennyskoulutuksen pitää olla säännöllistä. Ehkäisyneuvonta edellyttää monenlaista erikoisosaamista, jos asiaa hoidetaan laaja-alaisesti seksuaaliterveyden edistämisen näkökulmasta. Työ sisältää toimenpiteitä (kierukoiden, kapseleiden laito) ja ehkäisyn ongelmatilanteiden hoito edellyttää ammatillista kokemusta. Seksuaaliterveysanamneesi on keskeinen osa toimintaa, mikä edellyttää hyviä vuorovaikutustaitoja. Lisäksi työntekijällä on oltava perustaidot seksuaalineuvonnassa ja hänen pitää olla selvillä omista asenteistaan ja suhteestaan seksuaalisuuteen. Alaikäisten kanssa asioidessa tarvitaan taitoja nuoren henkisen kypsyysarviointiin erityisesti silloin, kun joudutaan harkitsemaan lastensuojelutoimenpiteitä.

Ehkäisyneuvonnassa, laajemmin ymmärrettynä seksuaaliterveyspalveluissa vaaditaan siis erityisosaamista, mikä puoltaa keskittämistä. Toisaalta pääsyn palveluihin on oltava helppoa erityisesti nuorille, mikä puoltaa lähipalvelun luonteista järjestelyä.

Tavoitteet:

- jokaisella yksilöllä ja parilla on halutessaan mahdollisuus saada itselleen sopiva ehkäisy menetelmä
- alle 25-vuotiaiden raskaudenkeskeytykset vähenevät viiden vuoden kuluessa vähintään 1990 -luvun puolivälissä vallinneelle tasolle
- toistuvien raskaudenkeskeytysten osuus vähenee

Toimenpiteet:**1) ehkäisyneuvontapalveluiden järjestäminen terveyskeskuksissa**

- raskauden ehkäisypalveluita tarjotaan kansanterveyslain ja siihen liittyvän maksulain mukaan maksutta ympärivuotisesti kaikille hedelmällisyydessä oleville ikäryhmille; raskauden ehkäisyn aloittamiseen ja seurantaan liittyvät tutkimukset sisältyvät näihin palveluihin
- ehkäisyn aloitus järjestetään viipymättä, nuorille asiakkaille viimeistään viikon sisällä yhteydenotosta
- palvelut keskitetään neuvolaan, jonka työntekijöillä on tarvittava erityisosaaminen: suuremmissa kunnissa/kuntayhtymissä erilliseksi ehkäisyneuvolaksi ja pienemmissä yksiköissä muun neuvolatoiminnan yhteyteen (ks. myös luku 5)
- nuorten palveluissa huomioidaan luottamuksellisuus, helppo saavutettavuus (lähipalvelu) sekä mahdollisuus moniammatillisiin konsultaatioihin
- ehkäisyneuvontapalveluja saa myös koulu- ja opiskeluterveydenhuollon kautta
- raskauden ehkäisyneuvontaan integroidaan kokonaisvaltainen seksuaaliterveyden edistäminen (sukupuolitautien ehkäisy, seksuaalineuvonta, väkivallan ehkäisy). Ks. luvut 12 ja 13.

2) ehkäisyvälineiden jakelu

- ehkäisyvälineiden valikoima kattaa kaikki käytössä olevat menetelmät
- alle 20 -vuotiaat saavat ehkäisyvälineet (esim. kondomit, pillerit) kokonaan maksutta
- raskauden keskeytyksen jälkitarkastuksessa samoin kuin synnytyksen jälkeen ensimmäiset ehkäisyvälineet annetaan maksutta

3) ehkäisyneuvontaa antavan henkilökunnan osaaminen, tuki ja johtaminen

- työntekijöille järjestetään ehkäisyneuvonnasta täydennyskoulutusta
- ehkäisyneuvonnan henkilöstöllä on moniammatillinen verkosto lastensuojelu- yms. tilanteiden varalle
- ehkäisyneuvonnan toteuttamisesta laaditaan paikalliset toimintaohjeet
- terveyskeskukset ja apteekit sopivat paikkakuntakohtaisesti alle 20 -vuotiaiden jälkiehkäisyasiakkaiden jälkitarkastukseen ohjaamisesta sekä klamydiatestiin pääsystä Käypä hoito –suosituksen mukaisesti
- terveyskeskukset nimeävät ehkäisyneuvonnan johtamisesta ja kehittämisestä vastaavat työntekijät, suuremmissa yksiköissä sekä lääkärin että hoitotyöntekijän

4) alueellinen ja valtakunnallinen tuki ehkäisyneuvontatyölle

- sairaanhoitopiirit järjestävät alueellaan miehille mahdollisuuden sterilisaatioon.
- ehkäisyneuvontaa kehitetään kansainvälisten suositusten mukaisesti ja kehittämishankkeita rahoitetaan osana terveyttä edistävää toimintaa (mm. lääkärin ja hoitajien työnjaon kehittäminen seksi)
- raskauden ehkäisystä tehdään Käypä hoito –suositus
- raskauden ehkäisyneuvonnasta laaditaan laatuksiteerit

LÄHTEET:

- Apter D. Parempaa seksuaaliterveyttä nuorille. Kansanterveys 7/2006:12-3. Luettavissa: http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_2006/nro_7_2006/.
Luettu: 10.11.2006.
- Falah Hassani K, Kosunen E, Rimpelä A. The use of oral contraceptives among Finnish teenagers from 1981 to 2003. Journal of Adolescent Health 2006;39:649-55.
- Gissler M. Synnytykset ja raskauden keskeytykset. Kirjassa Kosunen E, Ritamo M (toim.): Näkökulmia nuorten seksuaaliterveyteen. Stakes. Raportteja 282. Gummerus Kirjapaino Oy. Saarijärvi, 2004.
- Haavio-Mannila E, Kontula O. Seksin trendit meillä ja naapureissa. WSOY. Juva, 2001.
- Hughes D, McGuire A. The cost-effectiveness of family planning service provision. J Public Health Med 1996;18:189-96.
- Jälkiehkäisy (online). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Gynekologiyhdistyksen ja Suomen yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2005 (päivitetty 15.11.2005). Luettavissa: <http://www.kaypahoito.fi/>.
Luettu: 10.11.2006.
- Koponen P, Sihvo S, Hemminki E, Kosunen E, Kokko S. Raskauden ehkäisyneuvonta ja väestövastuu - palvelujen järjestäminen terveyskeskuksissa ja naisten toiveet. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 1998; 35: 220–8.
- Kosunen E. Seksuaalikäyttäytymisen muutokset. Kirjassa: Kosunen E, Ritamo M (toim.): Näkökulmia nuorten seksuaaliterveyteen. Stakes. Raportteja 282. Gummerus kirjapaino Oy. Saarijärvi, 2004.
- Kosunen E. Raskauden ehkäisy ensimmäisenä vuonna synnytyksen jälkeen. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
Luettavissa: <http://www.kirjasto.jypoly.fi/kirjasto/Opinnayte/Opnaytteet.htm>.
Luettu 7.11.2006.
- Kosunen E, Sihvo S, Nikula M, Hemminki E. Raskauden ehkäisy. Kirjassa: Koponen P ja Luoto R (toim.). Lisäntymisterveys Suomessa. Terveys 2000 –tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B5/2004. Helsinki, 2004.
- L 734/1992. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista.
Luettavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920734>. Luettu 9.1.2007.
- Kouluterveydenhuolto 2002. Opas kouluterveydenhuollolle, peruskouluille ja kunnille. Stakes Oppaita 51. Saarijärvi, 2002.
- Jälkiehkäisy (online). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Gynekologiyhdistyksen ja Suomen yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2005 (päivitetty 15.11.2005). Luettavissa: <http://www.kaypahoito.fi/>.
Luettu: 8.12.2006.
- Sannisto T, Mattila K, Kosunen E. Raskauden ehkäisyneuvonta terveyskeskuksissa. Suomen Lääkärilehti 2006 (lähetetty julkaistavaksi)
- Schering-utiset. Pohjoiskarjalainen malli perhesuunnitteluun. Kirj. Jukka Ruukki.
Schering-utiset 1/2006, s. 12.

- Sihvo S, Gissler M, Närhi U, Kosunen E, Hemminki E. Vähensikö jälkiehkäisyreseptivapaus raskauden keskeytyksiä? *Suomen Lääkärilehti* 2003;58(22):2452–5.
- Sonnenberg FA, Burkman RT, Hagerty CG, Speroff L, Speroff T. Costs and net health effects of contraceptive methods. *Contraception* 2004;69:447-59.
- Stakes. Raskaudenkeskeytykset tammi-kesäkuussa 2006 – ennakkotilasto. Tilastotiedote 21/2006 (16.11.2006). Luettavissa:<http://www.stakes.fi/FI/Tilastot/Aiheittain/Lisaantyminen/raskaudenkeskeytykset/index.htm>. Luettu 8.12.2006. (a)
- Stakes. Raskaudenkeskeytykset ja steriloinnit 2005. Tilastotiedote 20/2006. Luettavissa:<http://www.stakes.fi/FI/Tilastot/Aiheittain/Lisaantyminen/raskaudenkeskeytykset/index.htm>. Luettu 8.12.2006. (b)
- STM. Lääkkeitä koskeva kustannusvastuu kunnallisessa terveydenhuollossa ja potilaan oikeus sairastuvuuskorvaukseen. STM:n kirje 5.8.2002. DNO 1/54/2002.
- STM. Opiskeluterveydenhuollon opas. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:12. Helsinki, 2006.
- Terveydeksi! Apteekkien asiakaslehti 1/2005.
- Trussell J, Leveque JA, Koenig JD, London R, Borden S, Henneberry J ym. The economic value of contraception: a comparison of 15 methods. *Am J Public Health* 1995;85:494-503.
- Vikat A, Kosunen E, Rimpelä M. Risk of post-partum induced abortion in Finland: a register-based study. *Perspectives on Reproductive and Sexual Health* 2002;43(2):84–90.
- Virtala A, Virjo I. Consultations concerning contraception and induced abortions – trends in Finland 1986 – 2003. *Contraception* 2005;72:372-6.
- Virtala A, Kunttu K, Huttunen T, Virjo I. Sexual intercourse and current contraceptive use among university students in Finland. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2006 (painossa)
- Welsh MJ, Stanback J, Shelton J. Access to modern contraception. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2006;20(3):323-38.

11 RASKAUDENKESKEYTYKSEN HOITO

Raskaudenkeskeytyksen hoidosta on annettu vuonna 2001 hoitosuositus (Raskaudenkeskeytys: Käypä hoito –suositus 2001), jota päivitetään parhaillaan. Suosituksen ensisijaisena tavoitteena on lainsäädäntöä noudattava, potilaan yksilölliset tarpeet huomioon ottava ja lääketieteellisesti turvallinen raskaudenkeskeytys, joka toteutetaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyönä. Tavoitteena on myös edistää raskaudenehkäisyyden liittyvää neuvontaa, jolla tuetaan toimivaa, hyvää ja turvallista parisuhdetta ja pyritään keskeytysten määrän vähentämiseen sekä erityisesti toistuvien keskeytysten estämiseen.

Käypä hoito –suositusten laatimisessa ajatuksena on ollut, että yleisen näyttöön perustuvan suosituksen pohjalta laaditaan alueelliset ohjeet hoitoketjujen toiminnasta. Raskauden keskeytyksen hoidosta näitä on valmistunut tiettävästi yksi.

Raskaudenkeskeytystilastot viittaavat siihen, että keskeytyksen jälkeinen ehkäisyneuvonta ei ole tehostunut suositustenannon jälkeen, sillä toistuvien keskeytysten osuus on viime vuosina ollut lievästi nousussa. Nykyisin kolmanneksella keskeytykseen tulevista on takanaan jo vähintään yksi aiempi keskeytys ja 10 %:lla vähintään kaksi (Stakes 2006). TAYS:n erityisvastuualueen terveyskeskuksissa kolmasosa terveyskeskuksista antoi ehkäisyn aloituksen ilmaiseksi raskauden keskeytyksen jälkeen (Sannisto ym. 2006).

Toistuvasti raskauden keskeytyksiin hakeutuviin on kiinnitettävä palvelujärjestelmässä tähänastista enemmän huomiota. Ulkomaiset tutkimukset osoittavat, että näillä asiakkailla on muita enemmän sosiaalisia ongelmia ja myös suurempi riski syrjäytymiseen kuin muulla väestöllä.

Raskauden keskeytys on viimeisen kymmenen vuoden aikana muuttunut pääosin polikliniseksi lyhythoitoiseksi toiminnaksi. Hiukan yli puolet keskeytyksistä tehdään lääkkeellisesti (Stakes 2006). Joissakin sairaaloissa on kokeiltu myös kotihoitoista lääkkeellistä keskeytystä. Tänä vuonna on julkaistu raportteja lääkkeellisiin keskeytyksiin liittyneistä vakavista komplikaatioista kuten vuodot, septiset sokit) ja jopa muutamista kuolemantapauksista runsaan neljän vuoden aikana (Zane ja Berg 2006, Gary ym. 2006). Lääkkeelliseen raskauden keskeytykseen pitää aina liittyä riittävä potilasinformaatio ja valvonta.

Keskeytys poliklinisena lyhythoitotoimintana aiheuttaa myös sen, että potilaan psykososiaalinen hoito ja tehokkaan raskauden ehkäisyn suunnittelu on entistä enemmän lähettävän ja jälkitarkastuksen tekvän tahon eli perusterveydenhuollon palvelujen varassa, mikä on huomioitava palveluiden toteuttamisessa. Jälkitarkastuksen yhteydessä on selvitettävä myös psyykinen toipuminen, ja tarvittaessa asiakas ohjataan esimerkiksi terveyskeskuksen psykologille tai kirkon työntekijälle. Psykososiaalisen tuen muotona joillain paikkakunnilla on kokeiltu keskeytyksen läpikäyneiden vertaistukiryhmiä, mutta toimintaa ei ole vielä arvioitu.

Tavoitteet:

- raskaudenkeskeytyshoito on turvallista ja korkealaatuista
- hoitoketjussa huomioidaan asiakkaan neuvontatarve kokonaisvaltaisesti
- toistamiseen raskauden keskeytykseen tulevien osuus vähenee

Toimenpiteet:

- 1) alueellisia hoitoketjuja kehitetään Käypä hoito –suositusten pohjalta
 - sairaanhoitopiirit laativat alueelliset hoitokäytännöt vuoden 2008 loppuun mennessä
 - sairaalat ja terveyskeskukset laativat toimipaikkakohtaiset käytänteet ja potilasohjeet
 - sairaanhoitopiirit järjestävät aiheesta alueellista koulutusta
- 2) kotihoidossa toteutettavien lääkkeellisten raskaudenkeskeytysten turvallisuus on varmistettava
 - pääsääntöisesti pitää jonkun toisen henkilön olla läsnä tai saatavilla
 - alaikäisellä pitää olla aikuinen tukihenkilö mukana
 - asiakkaalla on oltava yhteystiedot ja mahdollisuus tarvittaessa palata hoitavaan sairaalaan
 - asiakas informoidaan suullisesti ja kirjallisesti oireista, jotka edellyttävät yhteydenottoa hoitavaan sairaalaan
- 3) raskaudenkeskeytyspotilaille on aina annettava mahdollisuus keskusteluun ja psykososiaaliseen tukeen
 - perusterveydenhuollossa varataan tavanomaista pidempi vastaanottoaika asian käsittelyyn lähetettä tehtäessä
 - erikoissairaanhoidossa tuen tarve kartoitetaan kotiutusvaiheessa
 - perusterveydenhuollossa jälkitarkastuksen yhteydessä arvioidaan fyysisen tilan ohella psyykinen toipuminen ja ohjataan tarvittaessa jatkohoitoon
- 4) keskeytyksen yhteydessä kiinnitetään erityistä huomiota raskauden ehkäisyn valintaan jatkossa
 - toimenpiteen jälkeisestä raskauden ehkäisystä keskustellaan ja kirjallista opasmateriaalia jaetaan jo lähetekäynnillä
 - raskauden ehkäisy on suositeltavaa aloittaa jo keskeytyksen yhteydessä, mutta viimeistään jälkitarkastuksessa
 - alle 20 -vuotiaille ehkäisyn aloitus (pillerit, ehkäisyrengas tai kondomit 3 kk) annetaan maksutta
 - kaikille keskeytyspotilaille annetaan 10 kondomin pakkaus ja ohjeet tulehdusten ja sukupuolitautiin välttämiseksi keskeytyksen jälkeen
- 5) toistamiseen raskauden keskeytykseen hakeutuvan jatkohoidon tarve arvioidaan kokonaisvaltaisesti
 - keskustelussa kartoitetaan elämäntilanne ja suunnitellaan tarvittavat tukitoimenpiteet
 - kiinnitetään erityistä huomiota siihen, että raskauden ehkäisy saadaan järjestettyä asiakkaan hyväksymällä tavalla pitkäaikaisilla ehkäisymenetelmillä (esim. kapseli, kierukka)
- 6) toimenpiteen jälkeen tehdään jälkitarkastus viimeistään ennen kuin 12 raskausviikkoa olisi täyttynyt keskeytetystä raskaudesta
 - tarkastuksen tekee ensisijaisesti terveydenhoitaja tai kättilö
 - varmistetaan raskauden keskeytyminen raskaustestin avulla
 - raskauden ehkäisy varmistetaan viimeistään tässä vaiheessa
 - kartoitetaan psyykinen toipuminen
 - terveydenhoitaja ohjaa tarvittaessa lääkärille tai psykologille
- 7) väestön informoiminen
 - kansalaisen terveystietoporttiin tuotetaan tietoa raskauden ehkäisystä ja raskauden keskeytyksestä (ks. luku 4.2)
 - ko. verkkomateriaali tuotetaan myös muilla kuin kotimaisilla kielillä (englanti, venäjä)
 - terveyskeskukset rakentavat sivuiltaan linkin ko. materiaaliin ja tuottavat sen pohjalta paikallista kirjallista ohjemateriaalia

LÄHTEET:

Gary MM, Harrison DJ. Analysis of severe adverse events related to the use of mifepristone as an abortifacient. *The Annals of Pharmacotherapy* 2006(40):191-7.

Raskaudenkeskeytys (online). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Gynekologiyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2001 (päivitetty 20.8.2001). Luettavissa: <http://www.kaypahoito.fi/>. Luettu:10.11.2006.

Sannisto T, Mattila K, Kosunen E. Raskauden ehkäisyneuvonta terveyskeskuksissa. *Suomen Lääkärilehti* 2006 (lähetetty julkaistavaksi)

Stakes. Raskaudenkeskeytykset ja steriloinnit 2005. Tilastotiedote 20/2006. Luettavissa:<http://www.stakes.fi/FI/Tilastot/Aiheittain/Lisaantyminen/raskaudenkeskeytykset/index.htm>. Luettu 8.12.2006.

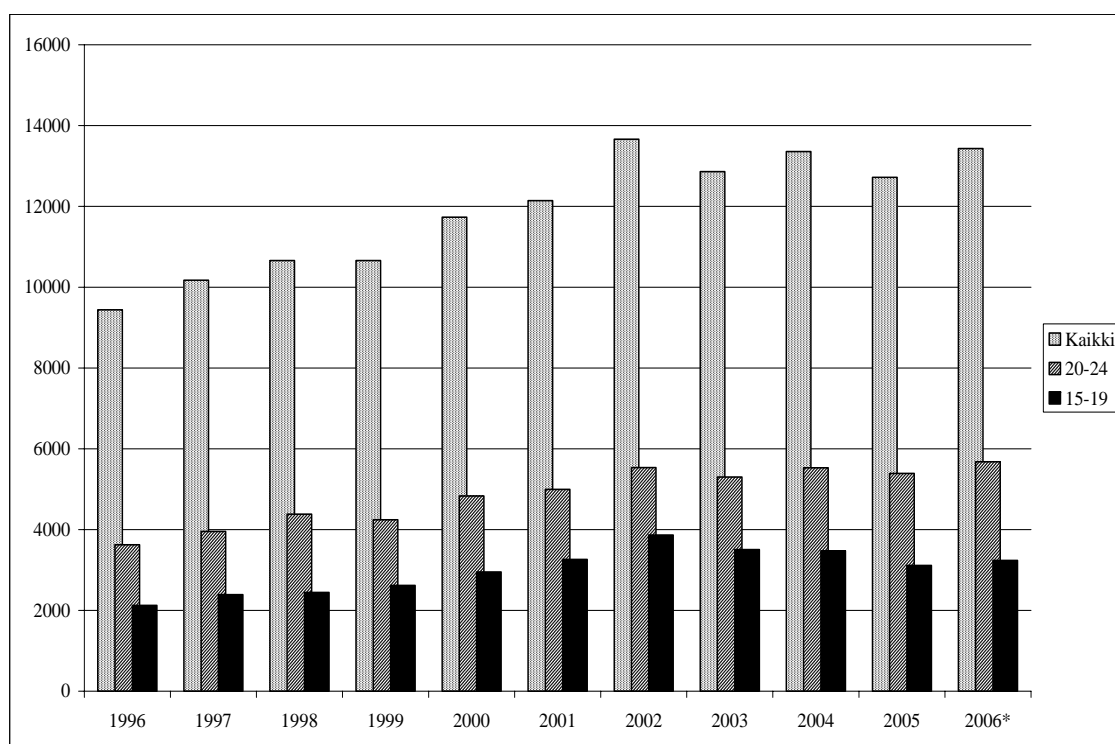
Zane SB, Berg CJ. Deaths from *Clostridium sordellii* after medical abortion. *New England Journal of Medicine* 2006; 354:1645-7.

12 SUKUPUOLITAUTIEN TORJUNTA

12.1 Epidemiologia

Sukupuoliteitse tarttuva klamydiainfektio on yleisin bakteerin aiheuttama sukupuolitauti. Tartuntatautirekisteriin ilmoitettuja klamydiatartuntoja oli paljon 1980-luvulla, mutta ne vähenivät 1990-luvun puoliväliin saakka. Sen jälkeen ilmoitukset lisääntyivät jyrkästi, mikä osittain johtui aiempaa herkemmästä diagnostiikasta, mahdollisesti myös lisääntyneestä näytteenotosta. Todellista trendiä ei voida arvioida ilman tietoa otettujen näytteiden määristä ja käytettyjen menetelmien jakauman muutoksesta. Vuodesta 2003 lähtien klamydiatartuntoja on ilmoitettu rekisteriin noin 13 000 vuodessa eli 250 sataatuhatta asukasta kohti. Vuonna 2006 tartuntojen määrä nousee edellisvuotta korkeammaksi (Tartuntatautirekisteri 2006). Kaksi kolmasosaa tartunnoista on alle 25-vuotiailla.

Kuvio 12.1. Ilmoitettujen klamydiatartuntojen määrä 1996–2006 (*vuoden 2006 tiedot 22.12.2006 mennessä)

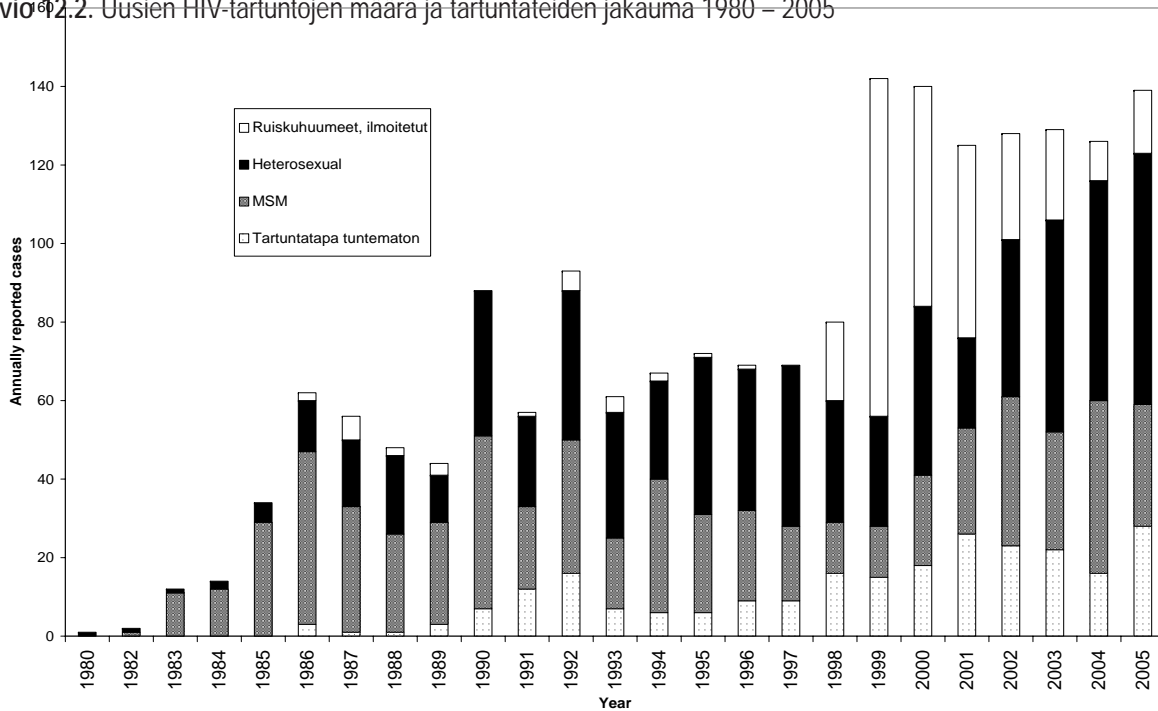


Tippuri ja kuppa ovat vähentyneet Suomessa merkittävästi 1980-luvun jälkeen, eivätkä ilmaantuvuusluvut ole kasvussa. Uusia tippuritapauksia on vuosittain noin 200 (5/100,000) ja uusia kuppatapauksia noin 150. Suunnilleen puolet miesten taudeista tulee matkailun myötä ulkomailta. Naiset saavat tartunnan useammin kotimaassa.

Uusia HIV-tapauksia on viime vuosina ollut noin 130 vuodessa. Vuonna 2006 uusien HIV-tartuntojen määrän arvioidaan kuitenkin nousevan noin 200:aan eli noin 50% edeltävien vuosien tasosta. Utta on se, että viime vuosina tartuntatieksi on ilmoitettu heteroseksuaalinen yhdyntä use-

ammin kuin koskaan aiemmin (www.ktl.fi).

Kuvio 12.2. Uusien HIV-tartuntojen määrä ja tartuntateiden jakauma 1980 – 2005



Ihmisen papillomaviruksen (HPV) aiheuttama infektio on sukupuoliteitse tarttuvista taudeista ylivoimaisesti yleisin, mutta sen esiintyvyydestä ei ole saatavissa tilastollista seuranta. Alle 32-vuotiailla kohdunkaulan syöpään yhteydessä olevien virustyyppien (HPV16 ja/tai HPV18) vasta-ainepositiivisten osuus oli 1980-luvulla 23 % ja 1990-luvulla 26 % (Kaasila ym. 2006). Ensimmäisen vuoden helsinkiläisopiskelijoilla “suuren riskin” virustyyppiä löytyy noin 30 %:lta.

Kohdunkaulan syövän ilmaantuvuus on yli kaksinkertaistunut 30–39 -vuotiailla naisilla 1980-luvun alkuun nähden. Kohdunkaulan syövän ehkäisemistä rokotteella tutkitaan parhaillaan Suomessa laajalla nuorison seurantatutkimuksella. (Lehtinen 2004). Rokote on tullut omakustanteisena myyntiin syksyllä 2006. Seksuaalikasvatuksella ja kondomin käytön edistämällä on silti edelleen tärkeä rooli HPV-tartuntojen ehkäisemisessä.

12.2 Sukupuolitautilien tutkimus ja hoito

Vaikka muut varsinaiset sukupuolitaudit kuin klamydia ovat tällä hetkellä suhteellisen harvinaisia, on kaikkien sukupuolitautilien diagnostinen valmius pidettävä perusterveydenhuollossa ajan tasalla epidemioiden torjumiseksi.

Nykyinen klamydian diagnostiikka perustuu ensivirtsasta tehtävään määritykseen. Menetelmä on helppokäyttöinen ja luotettava. Emättimen ns. pyyhkäisynäytteellä saadaan myös riittävän luotettavia tuloksia, mikä on huomionarvoista kotinäytteenottomenetelmiä kehitettäessä (esim. kumppaneiden jäljityksen yhteydessä). Pyyhkäisynäytetekniikka ei ole Suomessa kliinisessä käytössä.

Klamydiatartunta hoidetaan nykyisin suun kautta otettavalla kerta-annoksella atsitromysiiniä, jolle ei ole havaittu vastustuskyvyn kehittymistä.

12.3 Tartunnan jäljitys ja kumppaneiden hoitoon saattaminen

Klamydian torjunnan tärkeimpiä haasteita on tartunnan saaneiden henkilöiden sukupuolikumppaneiden saaminen tutkimuksiin ja hoitoon. Vaikka ilmoituskäytännöt ovat muuttuneet siten, että lääkärin ei tarvitse enää tehdä havaitsemastaan klamydiatapauksesta ilmoitusta, tartunnan saaneen potilaan kumppaneiden jäljittäminen ja hoitoon saaminen kuuluu edelleen ensisijaisesti hoitavan lääkärin vastuulle (Kansanterveyslaitos 2003).

Kansanterveyslaitos on seurannut sukupuolitauditartuntojen riskitekijöiden, tutkimuksen ja hoidon tilannetta yksityiskohtaisemmin ns. sukupuolitautilien anturikeskusten verkoston avulla (Hiltunen-Back ym. 1998). Anturikeskuksista saadun tiedon perusteella tavallisin käytäntö lienee nykyisin se, että positiiviseksi todettu henkilö ilmoittaa itse kumppanilleen/kumppaneilleen tutkimuksen ja hoidon tarpeesta. Tutkimukseen ja hoitoon hakeutumista ei kuitenkaan valvota (Eija Hiltunen-Back, seksuaaliterveyden jaoston kokous 27.3.2006). Nykyiset tartunnan jäljityksen ja kumppaneiden hoitoon saattamisen käytännöt vaativat tehostamista.

Tartunnan saaneen kumppaneiden tutkimuksen ja hoidon tehostamista on tutkittu Tanskassa tarjoamalla mahdollisuutta kotinäytteen ottoon. Tartunnan saaneeksi todettu toimittaa itse kumppanilleen näytteenottopakkauksen, ja näyte toimitetaan laboratorioon postitse. Käytäntö lisäsi hoitoon saatujen kumppanien määrää merkittävästi (Ostergaard ym. 2003). Vastaavanlainen kokeilu on Suomessa käynnissä pääkaupunkiseudulla.

12.4 Klamydian seulonta

Klamydiatartunnoista vähintään puolet on oireettomia. Oireettomanakin infektiio voi edetä ja aiheuttaa kiinnikkeitä, jotka osalla infektiota saaneista johtavat hedelmättömyyteen ja lisääntyneeseen kohdunulkaisen raskauden riskiin.

Klamydian seulonnat on periaatteessa osoitettu kustannusvaikuttavuudeltaan kannattaviksi (Paavonen ym. 1998, Honey ym. 2002). Epävarmuutta laskelmiin tuo kuitenkin se, että klamydiainfektion luonnollinen kulku tunnetaan huonosti. Väestölle suunnattuja seulontoja on tutkimusmielessä kokeiltu, mutta niiden ongelmana ovat olleet alhaiset osallistumisluvut. Väestöseulonnat eivät todennäköisesti tavoita niitä, jotka erityisesti pitäisi tavoittaa. Suomessa sosiaali- ja terveysministeriön seulontatyöryhmä on hiljattain todennut, että Suomessa ei ryhdytä tekemään väestöpohjaisia klamydiaseulontoja.

Ruotsissa on tehty opportunistisia seulontoja 1980-luvulta lähtien. Laajin opportunistinen seulontakäytäntö lienee Englannissa, jossa klamydiatestiä tarjotaan kaikille alle 25 -vuotiaille terveydenhuollon toimipisteen syystä tai toisesta hakeutuville asiakkaille (Department of Health 2004). Seulontakäytäntö aloitettiin vuonna 2002, ja sitä on laajennettu vaiheittain.

Suomessa ei ole annettu ohjeita tai suosituksia klamydiatestausten tekemisestä, paitsi raskauden keskeytykseen lähetettävän potilaan osalta (Raskaudenkeskeytys: Käypä hoito –suositus 2001). Osa terveyskeskuksista soveltaa opportunistista seulontaa raskaudenehkäisy- ja palveluiden yhteydessä esimerkiksi siten, että kaikilta uusilta asiakkailta otetaan ehkäisyä aloitettaessa klamy-

diatesti tai se otetaan ensimmäisen seurantakäynnin yhteydessä kolmen kuukauden kuluttua. Terveyskeskuksista osa ottaa näytteen ehkäisyyn vuositarkastuksessa, mikäli kumppani on vaihtunut.

12.5 Sukupuolitautilien ehkäisy

Klamydian nopea yleistyminen osoittaa, ettei sukupuolitauteja vastaan suojauduta riittävän hyvin. Nuorisolle tehty kyselytutkimukset viittaavat kondomien suosion alentumiseen. Suojautumisen heikkous merkitsee sitä, että portti on auki klamydian ohella muillekin sukupuoliteitse tarttuville taudeille – kuten kupalle ja HIV:lle, joita molempia on paljon lähialueillamme (erityisesti Virossa ja Venäjällä).

Kondomin käyttö on edelleen ainoa menetelmä kaikkien sukupuoliteitse tarttuvien tautien torjunnassa. Käyttöä edistettiin monin väestölle suunnatuin kampanjoin HIV:n tultua yleiseen tietoisuuteen 1980 -luvun lopulla. Sen jälkeen kondomin käyttö näyttikin väestötutkimusten perusteella yleistyneen. Sitten laajamittaisia väestökampanjoita ei ole järjestetty. Kondomin käyttöä on markkinoitu lähinnä kesäaikaan tietoisuuden ja esimerkiksi festivaaleille kohdistettujen kampanjojen avulla muiden kuin viranomaisten aloitteesta.

Nuorisoa ajatellen tärkeä kondomin käyttöä jarruttava seikka on niiden korkea hinta. Kondomien ilmaisjakelu tai hankintahinnan alentaminen edistäisi todennäköisesti niiden käyttöä.

HIV-ehkäisyyn tehostamista käsitellään tarkemmin valmisteilla olevassa STM:n monialaisen HIV-asiantuntijaryhmän ehdotuksessa HIV- ja AIDS –ehkäisystrategiaksi vuosille 2007–2012.

HIV-infektion ehkäisyssä keskeiseksi tavoitteeksi on asetettava se, että tilanne Suomessa pysyy edelleen hallittavana. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että Suomen kansalaisten koti- tai ulkomailla saamien tartuntojen määrä ei nykyisestä kasva. Tämä edellyttää, että kaikilla Suomen kansalaisilla ja muilla Suomessa asuvilla on riittävän varhaisesta iästä lähtien oikeaa ja heidän kannaltaan olennaista tietoa tartuntatavoista ja todellisista riskeistä ja että julkisen vallan toimenpitein ylläpidetään yksilön mahdollisuuksia ja halua tehdä oikeita valintoja.

Koska osa taudeista tulee lisääntyneen kaukomatkailun myötä, myös matkailijoiden terveysneuvonnassa on painotettava sukupuolitautilien riskiä ja kondomin käytön merkitystä.

12.6 Omaehtoiseen testaukseen hakeutumisen tehostaminen

Sukupuolitautepidemioiden torjunnan kannalta olisi tärkeää, että testeihin hakeuduttaisiin, kun tartunnan mahdollisuus on olemassa. Anturikeskusten kautta saaduista tiedoista ilmenee, että erityisesti nuorten hakeutuminen testauksiin on puutteellista. Niinpä anturikeskusten klamydiainfektiota sairastavista asiakkaista 30 % oli tartuttanut uuden kumppanin ennen hoitoon hakeutumista. Syynä puutteelliseen hoitoon hakeutumiseen on ainakin osittain tämän alueen terveystalusten riittämättömyys tai niiden vaikea saavutettavuus nuoren potilaan näkökulmasta (Eija Hiltunen-Back, seksuaaliterveyden jaoston kokous 27.3.2006).

Testeihin hakeutumista on lisättävä sekä itse tauteja että palveluita koskevan informaation avulla. Oman klamydiatartunta riskin arvioimista varten on Keski-Suomessa kehitetty kysymyssarja, joka antaa tukea testiin hakeutumiseen. Lisäksi sukupuolitautiltesteihin pitää olla helppo ja suora pääsy ilman, että testaaminen leimaa asiakasta.

Tavoitteet:

- klamydiatartuntojen määrä laskee vähintään viidenneksellä vuoden 2005 tasosta vuoteen 2012 mennessä
- Suomessa tapahtuvien seksivälitteisten HIV-tartuntojen määrä saadaan laskemaan vuoteen 2012 mennessä
- tippuri- ja kupp Tartuntojen määrä ei nouse nykyisestä eikä kotimaassa saatuja tartuntoja esiinny
- kohdunkaulan syövän ja sen esiasteiden esiintyvyys vähenee

Toimenpiteet:

1. Väestön tietoutta sukupuolitaudeista, niiden ehkäisystä ja seurauksista parannetaan
 - väestölle suunnattua tiedotusta sukupuolitaudeista lisätään valtakunnallisella verkkopohjaisella materiaalilla (kansalaisen terveystietoportti), johon terveyskeskukset voivat rakentaa linkin sivuiltaan ja jonka pohjalta voidaan tuottaa paikallisesti kirjallista materiaalia
 - ohjemateriaalia tuotetaan myös muilla kuin kotimaisilla kielillä (englanti, venäjä)
 - väestölle suunnattua tiedotusta eri medioiden kautta lisätään
 - terveyskeskukset tiedottavat sivuillaan paikallisista palveluista ja menettelytavoista sukupuolitauteja epäiltäessä
 - ulkomaille matkustaville suunnatussa terveystietoinformaatioissa korostetaan sukupuolitauteilta suojautumista (KTL:n matkailijainformaatio, matkailijoiden rokotuksia hoitavat toimipisteet)
 - väestön omaehtoisen testiin hakeutumisen edistämiseksi tuotetaan verkkopohjainen päätöksenteon tukimateriaali, jolla voi arvioida oman riskinsä ja joka tarvittaessa suosittelee testiin hakeutumista. Päätöksenteon tukimateriaali laitetaan kansalaisen terveystietoporttiin ja sitä levitetään painetussa muodossa myös terveydenhuollon toimipisteissä
2. Kondomien käyttöä edistetään
 - kondomien saatavuutta parannetaan alentamalla alv-veroa
 - kondomien ilmaisjakelua nuorta väestöä hoitavissa terveydenhuollon toimipisteissä lisätään. Alaikäisille annetaan neuvontaa jakelun yhteydessä.
 - käynnistetään pilottiluonteisesti tutkimushanke kondomin alennetun hinnan ja/tai ilmaisjakelun vaikutuksista hankintaan ja käyttöön sekä klamydian ja raskauden keskeytysten ilmaantuvuuteen
3. Opportunistinen klamydian seulonta otetaan käyttöön valikoiduissa terveydenhuollon toimipisteissä
 - opportunistinen seulonta otetaan käyttöön kaikissa toimipisteissä, jotka hoitavat raskaudenehkäisyasiakkaita
 - klamydianäyte otetaan jokaiselta uudelta alle 25-vuotiaalta ehkäisyasiakkaalta hänen suostumuksellaan joko ensikäynnillä tai 3 kk:n kontrollissa sekä ensimmäisen vuoden seurantakäynnillä.
 - myöhemmillä raskauden ehkäisyyn liittyvillä seurantakäynneillä näyte otetaan, jos kumppani on vaihtunut tai henkilöllä on aiemmin ollut klamydiatartunta
 - opportunistista seulontaa toteutetaan harkinnan mukaan myös muissa nuoren väestön terveydenhoitoon liittyvissä tilanteissa (koulu- ja opiskeluterveydenhuolto, kutsuntatarkastukset, varusmiesten terveydenhuolto)

4. Klamydiapositiiviseksi todettujen henkilöiden sukupuolikumppanien tutkimukseen ja hoitoon saattamista tehostetaan
 - ensisijainen vastuu klamydiatartunnan saaneiden henkilöiden sukupuolikumppaneiden jäljittämisestä on hoitavalla lääkäriellä
 - sukupuolitauteja diagnostisoivat ja hoitavat toimipisteet tehostavat klamydiatartunnan saaneiden henkilöiden sukupuolikumppaneiden saattamista tutkimuksen ja hoidon piiriin toimipaikan käytäntöjä ja tehtäväjakoa selkiyttämällä
 - uusia menetelmiä kumppaneiden tutkimisen lisäämiseksi testataan (esim. kotinäytteenot-topakkauksien jakelu)
5. Papilloomavirusrokotteen vaikutusta kohdunkaulan syövän ehkäisyyn tutkitaan
 - yläasteikäisten paikkakuntasatunnaistettu papilloomavirusrokotetutkimus käynnistetään
6. Seurantajärjestelmiä ja niiden keräämien tietojen hyväksikäyttöä kehitetään
 - sukupuolitautilanteen seurantaan luodun anturijärjestelmän riskitiedot analysoidaan ja järjestelmää kehitetään arvioinnin tulosten perusteella
 - tartuntatautirekisterin tietojen analysoinnissa otetaan huomioon toteutettujen laboratorio-testausten määrä ja laatu, jotka kerätään laboratorioista
 - tartuntatautirekisterin sukupuolitauteja koskevien tietojen analyysia ja raportointimuotoja kehitetään yhdessä eri tietoa tarvitsevien tahojen kanssa tukemaan torjuntaa mahdollisimman tehokkaasti
 - Kansanterveyslaitokselle osoitettuja sukupuolitautilien asiantuntijatoimintaan ja torjuntaan osoitettuja resursseja tulee vahvistaa
7. Terveystieteiden ammattilaisten koulutusta sukupuolitaudeissa tehostetaan
 - terveystieteiden ammattilaisten sukupuolitauteihin liittyvää täydennyskoulutusta tehostetaan
 - sairaanhoitopiirit järjestävät alueellista koulutusta sukupuolitautilien torjunnasta ja hoitokäytännöistä
8. Klamydian tutkimuksesta, hoidosta ja ehkäisystä laaditaan Käypä hoito –suositus

LÄHTEET:

- Department of Health. National Chlamydia Screening Programme (NCSP) in England. 2nd Edition. London, 2004. Luettavissa: http://www.dh.gov.uk/PolicyAndGuidance/HealthAndSocialCareTopics/SexualHealth/SexualHealthGeneralInformation/SexualHealthGeneralArticle/fs/en?CONTENT_ID=4084098&chk=CSLxsK. Luettu 8.12.2006.
- Hiltunen-Back E, Haikala O, Kautiainen H ym. Anturiverkosto: uusi sukupuolitautilien epidemiologinen seurantajärjestelmä Suomessa. Suomen Lääkärilehti 1998;53:1541-45.
- Honey E, Augood C, Templeton A ym. Cost effectiveness of screening for Chlamydia trachomatis: a review of published studies. Sexually Transmitted Infections 2002;78:406-12.
- Lehtinen M. Rokote hiljaista epidemiaa vastaan. Kirjassa: Kirjassa: Kosunen E, Ritamo M (toim.): Näkökulmia nuorten seksuaaliterveyteen. Stakes. Raportteja 282. Saarijärvi, 2004.
- Kaasila M, Lehtinen M, Koskela P ym. Seksin yhteydessä tarttuvien papilloomavirusten alueittainen esiintyvyys. Kansanterveys 7/2006. Luettavissa: <http://www.ktl.fi> Luettu: 12.9.2006.
- Kansanterveyslaitos. Tartuntatauti-ilmoittaminen. Ohjeet lääkäreille, terveyskeskuksille ja sairaanhoitopiireille. Kansanterveyslaitoksen julkaisu Dnro 558/44/2003. Helsinki, 2003.
- Ostergaard L, Andersen B, Moller JK, Olesen F, Worm AM. Managing partners of people diagnosed with Chlamydia trachomatis: a comparison of two partner testing methods. Sex Transm Infect. 2003;79:358-61.
- Paavonen J, Puolakkainen M, Pauku M, Sintonen H. Cost-benefit analysis of first-void urine Chlamydia trachomatis screening program. Obstet Gynecol. 1998;92:292-8.
- Raskaudenkeskeytys (online). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Gynekologiyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2001 (päivitetty 20.8.2001). Luettavissa: <http://www.kaypahoito.fi/>. Luettu: 10.11.2006.
- Tartuntatautirekisteri. Luettavissa: <http://www.ktl.fi/>. Luettu 27.10.2006.

13 SEKSUAALINEN VÄKIVALTA

13.1 Epidemiologia

Seksuaalisen väkivallan yleisyydestä on vaikea saada kokonaiskuvaa asian tabuluonteesta johtuen. Väkivallasta yleensäkin suuri osa jää tulematta ilmi, ja todennäköisesti osuus on vielä suurempi, kun on kyse seksuaalisesta väkivallasta. Eri lähteisiin perustuvat tilastot ja toisaalta eri menetelmin tehdyt kyselytutkimukset antavat ristiriitaista tietoa. Viranomaisten tietoon tulevat lähinnä raiskaustapaukset, ja näistäkin ilmeisesti vain pieni osa. Seksuaalisen väkivallan tekijä on useimmiten uhrille tuttu, mikä nostaa kynnystä saattaa asia poliisin tietoon.

Osittain seksuaalinen väkivalta peittyy parisuhdeväkivallan käsitteen sisään, sillä ne esiintyvät usein päällekkäin. WHO:n arvion mukaan noin puolessa parisuhteissa ilmenevästä väkivallasta siihen liittyy myös seksuaalista väkivaltaa (WHO 2002). Suomalaisen tutkimuksen (1997) mukaan parisuhteessa elävistä naisista nuorimmat joutuvat muita ikäryhmiä useammin parisuhdeväkivallan uhriksi: 18–24 -vuotiaista naisista 18 % oli kokenut parisuhdeväkivaltaa viimeisen vuoden aikana. Jos puolisoikin oli nuori, osuus oli vielä korkeampi (23,4 %) (Heiskanen ja Piispa 1998). Kolmen äitiysneuvolan tutkimuksessa 18 % asiakkaista ilmoitti joskus kokeneensa väkivaltaa (Perttu 2004).

Seksuaalista väkivaltaa koetaan myös parisuhteen ulkopuolella. Heiskasen ja Piispan tutkimuksessa parisuhteen ulkopuolista seksuaalista uhkailua oli joskus kokenut 13,9 %, pakottamisen yrityksiä 10,5 % ja seksiin pakottamista 4,3 %. Kun kysymys kohdennettiin alle 15 -vuoden iässä koettuihin vastaaviin tapahtumiin, prosenttiosuudet olivat lähes yhtä suuret. Alaikäisissä uhreissa erottuvat pikkulasten lisäksi murrosikäiset tai puberteetin läpikäyneet tytöt. Jälkimmäiset kohtaavat seksuaalista väkivaltaa paitsi ”deittaillessaan”, myös esim. koulussa ja harrastuksissa (Salo ja Ståhlberg 2004) eli tilanteissa, joissa aikuisella on nuoreen opettajan, valmentajan tai vastaavan asemaan perustuva auktoriteettisuhde. Nuorten seurustelusuhhteissaan kokemaan seksuaaliseen väkivaltaan on viime aikoina kiinnitetty paljon huomiota kansainvälisessä kirjallisuudessa (Irwin ja Rickert 2005).

Nuorten kanssa työskentelevät ammattilaiset kertovat, että heidän työssään nousee entistä useammin esille erilaisia seksuaalisen väkivallan ja pakottamisen kokemuksia. Väestöliiton seksuaaliterveysklinikalla tehdyssä selvityksessä väkivaltakokemuksia tuli esille yhdellä kymmenestä nuoresta asiakkaasta (Hermanson ym. 2005). Väestöliiton keväällä 2006 keräämät kyselytiedot (31700 kahdeksasluokkalaista nuorta) vahvistavat vaikutelmaa siitä, että seksuaalisesti kaltoin kohdeltujen nuorten määrä on yllättävän suuri. 15 -vuotiaista tytöistä 11,5 prosenttia ja pojista 10,3 prosenttia oli kokenut seksuaalista hyväksikäyttöä. Niitä, joiden vakavimpana kokemuksena oli kehon intiimialueiden koskettelu vasten tahtoa oli paljon, eli 9,2 prosenttia tytöistä ja 6,2 prosenttia pojista. Yhdyntään tai muuhun seksiin pakottamista ilmoitti yllättäen suurempi osuus pojista kuin tytöistä (pojista 4,1 %, tytöistä 2,3 %. (Dan Apter, tiedonanto).

13.2 Seksuaalisen väkivallan välittömät ja pitkäaikaiset vaikutukset

Seksuaalisen väkivallan seuraukset akuuttivaiheessa ovat samanlaisia kuin muiden traumaattisten tapahtumien jälkeen. Tapahtumaa voi seurata posttraumaattinen stressioireyhtymä joko välittömästi tai viiveellä.

Jos seksuaalinen väkivalta ei tule tuoreeltaan ilmi, kokemus saattaa kriisiytyä kuukausien, jopa vuosien kuluttua. Kokemuksen aiheuttama trauma saattaa myös kroonistua, jolloin se voi ilmetä moninaisin somaattisin ja psyykkisin oirein (Heikinheimo ja Tasola 2004, Riitta Ylikomi, seksuaaliterveyden jaoston kokous 11.5.2006). Kirjallisuudessa kuvattuja pitkäaikaisvaikutuksia on koottu taulukkoon 13.1.

Talukko 13.1. Psyykkiset ja psykosomaattiset oireet koetun seksuaalisen väkivallan seurauksena (Lähde: Makkonen K ja Cacciatore R, Suomen Lääkärilehti 2006;61:3849-52)

- masennus ja itsetuhoisuus
- vireystilan ja keskittymisen muutokset
- välttämiskäyttäytyminen ja pelot
- taantuminen, toimintakyvyn lasku, alisuoriutuminen
- kehonkuvan muutokset
- seksuaalisuuden muutokset
- somaattiset oireet

13.3 Haasteet palvelujärjestelmälle

Seksuaalinen väkivalta aiheuttaa palvelujärjestelmälle monenlaisia haasteita seulonnasta kroonisten tilanteiden hoitoon. Uhrien mahdollisimman varhaisella tunnistuksella ja hoidolla ehkäistään lisätraumatisoitumista ja -uhriutumista sekä seksuaalirikollisuutta. Akuuttitilanteessa, asian tullessa ilmi tuoreeltaan uhri tarvitsee asianmukaisen oikeuslääketieteellisen tutkimuksen, oikeusturvaansa liittyvää neuvontaa ja psykososiaalisia tukitoimia. Pitkittyneet tilanteet taas vaativat asiaan perehtynyttä diagnostiikkaa sekä tuki- ja terapiatoimia.

Väkivaltaa kokeneiden akuuttihoitoon liittyviä palveluita on viime vuosina kehitetty ja ohjeistettu (RAP –raiskatun akuuttiapu 2002). Akuutin vaiheen palveluiden edelleen kehittäminen on huomioitu myös kansallisessa ohjelmassa väkivallan vähentämiseksi (Oikeusministeriö 2005). Ammattilaiset voivat saada päivystysluonteista puhelinkonsultaatioapua mm. Tukinaisesta, Helsingin oikeuslääketieteelliseltä laitokselta ja joiltakin paikallisilta poliisilaitoksilta. Kehitystoimista huolimatta avun saanti ja laatu vaihtelevat huomattavasti eri puolilla maata, näin voidaan todeta Tukinainen ry:n valtakunnallisen puhelinneuvontaverkoston kautta saatujen kokemusten perusteella. Erityisesti huomiota on kiinnitettävä oikeuteen saada asianmukainen oikeuslääketieteellinen tutkimus ja yleensäkin uhrin oikeusturvaan samoin kuin uhrin psykososiaaliseen tukeen. (Riitta Ylikomi, seksuaaliterveyden jaoston kokous 11.5.2006).

Pitkittyneissä tilanteissa terveydenhuollossa tarvitaan kykyä tunnistaa tilanne ja taitoja ottaa se hienovaraisesti esille keskusteluun. Aikaisemmat seksuaalisen hyväksikäytön tai väkivallan kokemukset eivät tule esille vastaanottotilanteissa, ellei niitä erikseen kysytä. Terveydenhuollon kohtaamisissa asiakas ei yleensä oma-aloitteisesti kerro historiaansa tai hän ei itsekään tunnista kokemustensa ja oireilunsa yhteyttä. Esim. pohjoismainen gynekologisten potilaiden kyselytutkimuksessa helsinkiläisistä tutkimukseen osallistuneista potilaista (n=583) vakavaa (penetraation sisältävää) väkivaltaa oli joskus kokenut 16,5 %. Jos lasketaan mukaan lieviksi luokitellut, ei fyysisistä kontakteja sisältäneet kokemukset, hyväksikäytön kokemuksia oli 26,9 %:lla potilaista. Kuitenkin vain prosentti oli koskaan keskustellut asiasta gynekologinsa kanssa. (Wijma ym. 2003).

Alaikäiset seksuaalisen väkivallan kohteeksi joutuneet eivät useinkaan osaa tai uskalla kertoa kokemuksistaan kenellekään. Palvelukontakteissa asia ilmenee työntekijöiden kokemuksen mukaan usein vasta pidemmän ajan kuluessa, luottamuksellisen hoitosuhteen kehittymisen myötä.

Seksuaalisesta väkivallasta keskusteleminen voi olla nuorelle ylivoimaista jopa omassa terapia-suhteessaan, ellei häneltä erikseen kysytä eri kaltoin kohtelun muodoista. Julkisen palvelujärjestelmän piirissä tehdyissä tutkimuksissa kiinnittää huomiota se, että seurusteluikäiset nuoret puuttuvat lähes kokonaan poliklinikka-aineistoista, jotka on kerätty seksuaalisen hyväksikäytön tai väkivallan vuoksi hoitoon hakeutuneista alaikäisistä (Piippo 2004, Makkonen 2005). Tämä saattaa viitata siihen, että he jäävät kokonaan palvelujärjestelmän ulkopuolelle.

Väkivallasta kysyminen ei ole näihin päiviin saakka ollut rutiininomainen käytäntö terveydenhuollon toiminnassa. Esim. vuonna 2004 kerätyssä äitiys- ja lastenneuvola-aineistossa 79 % hoitajista ja 89 % lääkäreistä ei koskaan käyttänyt tai ei tuntenut mitään lomakkeita parisuhdeväkivallasta kysymiseksi (Hakulinen-Viitanen ym. 2005). Opiskeluterveydenhuollossa on käytössä toimipaikkakohtaisia lomakkeita ja niissä kysytään väkivallasta vaihtelevasti, kaikissa ei lainkaan (STM 2006; Opiskeluterveydenhuollon opas 2006).

Viime vuosien terveydenhuollolle suunnatuissa oppaissa on painotettu väkivallasta kysymistä osana rutiininomaista toimintaa. Perheessä esiintyvää väkivaltaa opastetaan kysymään laaja-alaisessa terveystarkastuksessa koulua aloitettaessa – tosin vanhempien lasten tarkastusten yhteydessä siitä ei ole erikseen mainintaa (Kouluterveydenhuolto 2002). Äitiys- ja lastenneuvolatyötä varten on laadittu seulontalomake, jota opastetaan käytettäväksi viimeistään raskauden kahden ensimmäisen kolmanneksen aikana ja viimeistään vauvan tullessa puolen vuoden ikään (Perttu 2004, STM 2004a, Perttu ja Kaselitz 2006). Lomakkeessa tiedustellaan myös seksuaalista väkivaltaa. Seulontalomakkeen lisäksi lastenneuvolaoppaassa on aihetta käsittelevä luku.

Seksuaalisen väkivallan aiheuttaman trauman käsittelyssä tarvitaan ammattitaitoista tukea ja osalle pitkäaikaista terapiaa. Väkivaltaa kokeneiden palvelutarjonta on tällä hetkellä satunnaista ja palveluiden saatavuudessa on alueellisia eroja. Erityispalvelut ovat keskittyneet lähinnä suurimpiin kaupunkeihin (STM 2004b). Kolmannen sektorin palveluilla on merkittävä osuus seksuaalista väkivaltaa kokeneiden hoidossa. Tukinainen ry:llä on toimipisteet Helsingissä ja Jyväskylässä (elokuusta 2006 lähtien), mutta sen verkostot ja puhelinpalvelu ovat valtakunnallisia. Tyttöjen talo –toiminta tarjoaa nuorille palveluja muutamalla paikkakunnalla. Sen asiakaskunnasta huomattava osa on heikossa asemassa olevia, syrjäytymisvaarassa olevia tyttöjä, monet myös väkivaltaa kokeneita. Väestöliiton NUSKA-toiminta on alkanut vuonna 2006 Helsingissä ja sen tarkoituksena on kehittää ammattilaisille toimintamalli 12–16 -vuotiaiden seksuaalista kaltoinkohtelua kokeneiden nuorten kohtaamiseen ja tukemiseen. Ensi- ja turvakotien liitto on lastensuojelujärjestö, jonka tarkoituksena on tukea vaikeissa ja turvattomissa oloissa eläviä lapsia ja perheitä sekä ehkäistä perhe- ja lähisuhdeväkivaltaa. Järjestöllä on 14 turvakotia ympäri maata ja lisäksi avopalveluja.

Poikien ja miesten kokema seksuaalinen väkivalta on vielä vaietumpi asia kuin naisten, mutta se on kuitenkin valitettavan yleistä. Miesuhreja on myös vaikeampi tavoittaa avun piiriin ilman erityisesti pojille ja miehille suunnattuja palveluja. Ruotsissa on tähän asiaan paneutunut terapia- ja tukikeskus, jonka kaltainen erityisasiantuntemusta omaava hoitopiste olisi tarpeen Suomessa.

Seksuaalirikoksista tuomittiin vuonna 2005 ehdottomaan vankeuteen tai yhdyskuntapalveluun 120 ihmistä (Tilastokeskus 2006). Kuopion vankilassa aloitettiin keväällä 1999 seksuaalirikoksista tuomituille tarkoitettu toimintaohjelma, jonka tarkoitus on vähentää rikoksen uusimisriskiä. Ohjelman (Sex Offender Treatment Programme) malli on saatu Englannin vankeinhoidosta. Ohjelmaan voi hakea vapaaehtoisesti kaikista vankiloista. Ryhmässä on 7–8 osanottajaa ja ohjelma kestää 8 kuukautta. Toimintaa laajennettiin vuonna 2002, ja vuonna 2005 osanottajia oli 24. Suomalaisen ohjelman vaikutuksia rikosten uusimiseen ei ole voitu vielä arvioida. (Vankeinhoitolaitos 2006.) Englannissa ohjelman arvioitiin kahden vuoden seurannassa vähentäneen uusintatuomioi-

ta seksuaali- ja väkivaltarikoksista niillä, joilla riski etukäteen arvioituna oli pieni tai keskisuuri. Korkean riskin ryhmässä ohjelmalla ei ollut vaikutusta, ja tässä ryhmässä seksuaalirikoksen uusimisriski oli kahden vuoden seurannassa moninkertainen matalan ja keskisuuren riskin ryhmiin nähden SOTP-ohjelmaan osallistumisesta riippumatta. (Friendship ym. 2003).

13.4 Toimenpide-ehdotukset seksuaalisen väkivallan uhrien ja tekijöiden hoidon kehittämiseksi

Tavoitteet:

- seksuaalista väkivaltaa kokeneet pääsevät asianmukaiseen tutkimukseen ja hoitoon sukupuolesta, asuinpaikasta ja varallisuudesta riippumatta
- seksuaalista väkivaltaa kokeneiden kokonaisvaltaista tutkimusta ja hoitoa parannetaan sekä akuuttivaiheessa, kriisiytymistilanteissa että pitkäaikaisesti oireilevilla
- uhrin oikeusturvaa kehitetään
- ammattilaisten tietoisuutta, osaamista ja verkostoitumista kehitetään

Toimenpiteet:

- 1) Seksuaalista väkivaltaa kokeneiden hoitoon hakeutumista palveluiden piiriin edistetään
 - ns. matalan kynnyksen palveluita kehitetään julkisten peruspalveluiden piirissä, erityisesti nuorten erityistarpeet huomioiden
 - varhaisen tutkimukseen ja hoitoon hakeutumisen merkityksestä ja palveluista tiedotetaan väestölle (kansalaisten terveysportti, terveyskeskusten ja kolmannen sektorin toimijoiden kotisivut, tiedotuskampanjat mediassa)
 - olemassa olevien kolmannen sektorin palveluiden jatkuvuus turvataan
- 2) Seksuaalisen väkivallan kokemuksiin liittyvän oireilun tunnistamista parannetaan sosiaali- ja terveyden huollon palveluissa
 - väkivallasta kysyminen otetaan rutiiniksi terveydenhuollon palveluissa, erityisesti neuvoloissa sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa
 - kroonistuneiden tilanteiden syntyä ehkäistään mahdollisimman varhaisella tunnistuksella
 - erityistä huomiota kiinnitetään nuorten oireilun tunnistamiseen
- 3) Kouluissa sekä sosiaali- ja nuorisotyön piirissä työskentelevien valmiuksia väkivallan ja erityisesti seksuaalisen väkivallan merkkien havaitsemiseksi parannetaan
 - tietoisuutta ja asiaan puuttumista kehitetään koulutuksella, työnohjauksella ja yhteistyöllä lastensuojelun kanssa
- 4) Seksuaalista väkivaltaa kokeneiden hoitoketju organisoidaan sairaanhoitopiireittäin
 - seksuaalista väkivaltaa kokeneiden tarvitseman tuen ja hoidon järjestämiseen varaudutaan palvelujärjestelmän eri tasoilla
 - perusterveydenhuolto on avainasemassa traumaperäisten mielenterveyden häiriöiden ja niiden psykososiaalisten seurausten tunnistamisessa
 - hoitopolut ja -ketjut rakennetaan sairaanhoitopiireittäin ja laaditaan ohjeet alueellisista hoitokäytännöistä
 - kriisitilanteiden hoito keskitetään erityiskoulutetulle moniammatilliselle työryhmälle, joka on oltava jokaisessa sairaanhoitopiirissä
 - kroonisesti oireilevien on päästävä psykiatriseen konsultaation ja terapiaan
 - myös seksuaalisen väkivallan miesuhrit huomioidaan tuki- ja hoitojärjestelyissä

- 5) Seksuaalista väkivaltaa kokeneiden akuuttivaiheen tutkimuksen ja hoidon saatavuutta ja laatua parannetaan
 - uhrilla on pyynnöstään oikeus oikeuslääketieteelliseen tutkimukseen (myös ilman, että rikosilmoitusta on tehty)
 - päivystyspisteissä on valmius oikeuslääketieteellisten tutkimusten asianmukaiseen suorittamiseen
 - uhrin psykososiaalisen tuen tarve kartoitetaan, tukitoimet ja seuranta järjestetään
 - uhrille annetaan myös kirjalliset ohjeet
- 6) Seksuaalista väkivaltaa kokeneen oikeusturvaa parannetaan
 - akuuttivaiheen asianmukainen oikeuslääketieteellinen tutkimus ja näytteenotto ovat osa uhrin oikeusturvaa
 - uhria informoidaan hänen oikeusturvastaan (mm. mahdollisuudesta maksuttomaan oikeusavustajaan sekä tukihenkilöön oikeusprosessin ajaksi)
 - akuuttitilanteissa alaikäisistä tehdään aina lastensuojeluilmoitus ja myöhemmässä vaiheessa esille tulleissa tilanteissa harkinnan mukaan
 - lastensuojelun resursseja lisätään
- 7) Terveystieteiden ammattilaisten tueksi tarkoitettuja palveluja kehitetään ja niistä tiedottamista tehostetaan
 - RAP-kansio (Räiskatun apu) päivitetään, siitä tiedottamista ammattilaisille tehostetaan ja se on oltava saatavilla kaikissa päivystystoimipisteissä
 - ammattilaisten valtakunnallisista puhelinkonsultaatiomahdollisuuksista (mm. Tukinainen ry, Helsingin oikeuslääketieteen laitos, Tampereen poliisilaitos) tiedotetaan mm. terveysportin kautta
 - seksuaalista väkivaltaa kohdanneita hoitavilla ammattilaisilla on oltava työnohjaus
- 8) Seksuaalirikollisten hoitoa ja hoitoon pääsyä parannetaan järjestämällä riittävä määrä hoitopaikkoja
 - Kuopion vankilan STOP-ohjelmaa jatketaan ja sen tulokset arvioidaan huolellisesti
 - mikäli tulokset ovat myönteisiä, hoito-ohjelmaa laajennetaan niin, että kaikki soveltuvat ja ohjelmaan mukaan haluavat seksuaalirikolliset pääsevät sen piiriin
- 9) Ammattilaisten koulutusta parannetaan
 - ammattilaisten (terveys-, sosiaali-, kasvatus, opetusala sekä kirkon nuorisotyö) peruskoulutuksen pakollisiin opintoihin sisällytetään tietoa seksuaalisesta väkivallasta ja työnantajat huolehtivat seksuaalista väkivaltaa työssään kohtaavien työntekijöiden säännöllisestä täydennyskoulutuksesta
 - lääkärin perus- ja täydennyskoulutuksessa tehostetaan seksuaalista väkivaltaa kokeneiden oikeuslääketieteellisen tutkimuksen koulutusta
 - täydennyskoulutuksella kehitetään traumaperäisten mielenterveyden häiriöiden ja niiden psykososiaalisten seurausten arviointia ja hoitoa
 - koulutuksessa hyödynnetään kolmannen sektorin palveluissa kattunutta kokemusta väkivaltaa kokeneiden tutkimuksessa ja hoidossa

13.5 Seksuaalisen väkivallan ehkäisy

Kansalliset ohjelmat ja hankkeet

Ennen nykyistä hallitusohjelmaa maassa on selvitetty ja ohjeistettu lasten perheissä kokeman seksuaalisen hyväksikäytön tutkimista ja hoitoa, siksi inesti jätetään tässä käsitellyn ulkopuolelle.

Hallitusohjelmassa väkivalta on nostettu esille sukupuolten tasa-arvokysymyksenä ja kansalaisten turvallisuutta heikentävänä ilmiönä. Hallituskaudella 2000–2007 tehostetaan keinoja puut-

tua perheväkivaltaan. Sosiaali- ja terveysministeriö on käynnistänyt toimintaohjelman lähisuhde- ja perheväkivallan vähentämiseksi. Hankkeen puitteissa on julkaistu selvityksiä ja kuntiin suunnattuja oppaita väkivallan torjumiseksi.

Hallituksen politiikkaohjelmiin kuuluvan tietoyhteiskunta-ohjelman yhtenä osatavoitteena on kaikkien kansalaisten tietotekniikan perustaitojen, medialukutaidon ja tietoyhteiskunnan palvelujenkäyttötaitojen edistäminen. Tähän liittyen ohjelman toteuttamissuunnitelmaan kuuluu toimintaohjelman laatiminen lapsille suunnatun mediaväkivaltaviihteen rajoittamiseksi toimeenpanoineen. Väkivaltaviihteen rajoittamishjelma on opetusministeriön vastuulla, ja sen valmistelu on aloitettu seminaarien ja työkokousten muodossa.

Väkivallan vähentämisen kansalliset toimenpiteet on kirjattu rikoksentorjuntaneuvoston laatimassa kansallisessa ohjelmassa väkivallan vähentämiseksi (Oikeusministeriö 2005). Ohjelma on poikkihallinnollinen ja sisältää toimenpide-ehdotuksia, jotka ovat luonteeltaan primaarista (väkivaltaa ehkäiseviä), sekundääristä (väkivaltaisen käyttäytymisen riskitekijöihin kohdistuvia) ja tertiääristä (väkivaltaa jo kokeneiden hoitoa ja asemaa parantavia) preventiota. Ohjelma huomioi väkivallan kaikki osa-alueet, myös seksuaalisen väkivallan. Kansallisen väkivaltaohjelman ehdotuksen raikausten ja muun seksuaalisen väkivallan vähentämiseksi on esitetty taulukossa 13.2.

Taulukko 13.2. Kansallinen ohjelma väkivallan vähentämiseksi: Suositukset raikausten ja muun seksuaalisen väkivallan vähentämiseksi (Oikeusministeriö 2005)

- kehitetään ja koordinoidaan valistusta ja koulutusta, joka kohdistuu seksuaalirikosten potentiaaliin tekijöihin, potentiaaliin uhreihin ja niihin kolmansiin henkilöihin, jotka voivat omalla toiminnallaan vähentää väkivallan riskiä. Tämä tarkoittaa muun muassa turvallisuustaitoja, turvallisen seurustelun taitoja sekä kavereista huolehtimisen neuvoja peruskoululaisille ja muille. Asevelvollisille voisi olla oma ohjelma.
- pyritään lisäämään seksuaalirikoksiin syyllistyvien kiinnijäämisriskiä
- parannetaan raikauksen ja muiden seksuaalirikosten uhreille tarjottavia palveluja. Kaikessa toiminnassa on pyrittävä estämään ja vähentämään uhrien leimautumista ja rikostutkinnasta aiheutuvaa lisähaittaa
- samalla kun korostetaan, että moraalinen ja oikeudellinen vastuu seksuaalirikoksista, samoin kuin muistakin rikoksista, on pelkästään niiden tekijöillä, otetaan huomioon ja neuvotaan, miten kaikki ihmiset ja potentiaaliset uhrit voivat vaikuttaa riskitilanteiden syntymiseen ja kehittymiseen
- varmistetaan, että maahanmuuttajille ja maassa vierailevilla on tarjolla riittävästi koulutusta ja esitteitä Suomen lainsäädännöstä ja tavoista. Vastaavasti suomalaisille tarjotaan informaatiota muiden kulttuurien seksuaalirikosnormeista.

Sosiaali- ja terveysministeriön toimintaohjelma lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisemiseksi (2004–2007) on osa sosiaalialan kehittämishanketta. Ohjelmassa keskeistä sosiaalipoliittisin keinoin toteutettavat ehkäisevät toimet sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän kehittäminen. Toimintaohjelman tavoitteiden perusteella painopiste on sekundaaripreventiossa. Pää tavoitteina on parantaa perus-, tuki- ja erityispalveluverkostoa väkivallan uhreille ja tekijöille, tehostaa väkivaltaa kokevien lasten ja nuorten auttamista ja kehittää ammatillista osaamista. Toiteutusta koordinoi STM, lääninhallitukset vastaavat alueellisesta toiminnasta. (STM 2004b)

Väkivallan ehkäisytyöhön on valmistettu kunta-opas, joka ehdottaa kuntiin perustettavaksi poikkihallinnolliset työryhmät väkivallan vastaiseen työhön. Väkivaltatyöllä on oppaan mukaan oltava erillinen budjetti, joka ei ole sidottu sektorirajoihin. Opas korostaa peruspalveluiden ja erityispalveluiden kehittämistä väkivaltanäkökulmasta, huomioiden myös seksuaalisen väkivallan näkökulman. Ennalta ehkäisevässä työssä painotetaan turvataitokasvatusta ja väestölle tiedotta-

mista. (Ewalds 2005). Äitiys- ja lastenneuvolassa tehtävää työtä on kuvattu ja ohjeistettu aiemmassa hankkeessa (Perttu 2004).

Väkivaltaohjelmissa ja hankkeissa on toistaiseksi kiinnitetty melko vähän huomiota alaikäisten kokemaan muuhun kuin inestiluonteiseen seksuaaliseen väkivaltaan. Perheellisille ja parisuhhteissa eläville suunnatut väkivaltaohjelmat eivät tavoita nuorisoa eivätkä ilman parisuhdetta eläviä nuoria aikuisia. Pakottamiselle ja väkivaltaisille kokemuksille altistuvat erityisesti varhain kehittyneet tytöt, joiden olisi saatava ajoissa kehitysvaihetta vastaavaa seksuaalikasvatusta, myös itsesuojelun näkökohdat huomioiden (Irwin ja Rickert 2005).

Väkivallaton kasvatus

Maailman terveysjärjestö on julkaissut yleismaailmallisen raportin väkivallasta ja terveydestä vuonna 2002. Raportti on myös suomennettu (WHO 2005). Raportin pohjalta laaditun toimenpideohjelman mukaan yksilöiden välisen väkivallan (interpersonal violence) primaaripreventiosta paras näyttö on ohjelmista, joissa vaikutetaan lapsuuden- ja nuoruudenaikaiseen kehitykseen yksilö- ja perhetasolla (WHO 2004).

WHO:n periaatteet tulevat näkyviin kansallisessa väkivaltaohjelmassa, mutta ei vielä varhaiskasvatuksen tai perusopetuksen suunnitelmissa. Varhaiskasvatuksen valtakunnallisessa suunnitelmassa päätavoitteiksi esitetään lasten henkilökohtaisen hyvinvoinnin edistäminen, toiset huomiioon ottavien käyttäytymistapojen ja toimintamuotojen vahvistaminen ja itsenäisyyden asteittainen lisääminen. Suunnitelmassa ei erikseen nimetä väkivallattomuuden tavoitetta tai seksuaalikasvatusta. (VASU 2005).

Peruskoulun opetussuunnitelman perusteista löytyy väkivaltateema, mutta ei erikseen seksuaalisen väkivallan ehkäisyä (Opetushallitus 2004). Koulujen terveystiedon oppiaineeseen sisältyvän seksuaalikasvatuksen pitäisi sisältää itsemääräämisoikeuteen ja itsesuojeluun liittyviä tietoja ja taitoja.

Amerikkalaisissa tutkimuksissa on todettu, että nuorilla toistuva seksuaaliseltäiselle medialle altistuminen on yhteydessä stereotyyppisiin ja pinnallisiin asenteisiin seksiä kohtaan sekä ylisuuriin oletuksiin ikätovereiden seksuaalisesta aktiivisuudesta ja seksuaalikokemusten yleisyydestä. (Ward 2003, Brown 2002.).

Yleinen kouluympäristön hyvinvoinnista ja oppilaiden turvallisuudesta huolehtiminen eivät välttämättä kuitenkaan riitä seksuaalisen koskemattomuuden ja turvallisuuden varmistamiseksi koulu yhteisössä. Hollantilaistutkimuksen mukaan turvallisuudesta huolehtiminen erityisesti seksuaalisuuden näkökulmasta, kuten avoin ilmapiiri koulussa seksuaalisuudesta keskustelemiselle sekä aiheen käsittely oppitunneilla, oli oleellista seksuaalisen väkivallan ehkäisyn kannalta. (Timmerman 2004).

13.6 Toimenpide-ehdotukset seksuaalisen väkivallan ehkäisemiseksi

Kansallisessa ohjelmassa väkivallan vähentämiseksi (Oikeusministeriö 2005) on eritelty toimenpide-ehdotukset **seksuaalisen** väkivallan ehkäisemiseksi (taulukko 13.2). Ehdotukset sisältävät toimenpiteitä, jotka voi luokitella primaaripreventioksi (ennalta ehkäisevät toimet näitä) ja sekundaari/tertiäritason toimenpiteiksi (silloin kun väkivalta on jo tapahtunut).

Tämä työryhmä lähtee siitä ajatuksesta, että taulukossa 13.2 esitetyt toimet ja kansallisen ohjelman ehdotukset väkivallan vähentämiseksi yleensä pannaan lähivuosina täytäntöön. Työryhmä on edellä esittänyt toimenpiteitä väkivaltaa kokeneiden palvelujen kehittämistä (sekundaaripreventiosta). Seuraavassa esittää tarkennettuja toimenpide-ehdotuksia seksuaalisen väkivallan ehkäisystä (primaaripreventiosta). Työryhmän ehdotukset on laadittu huomioiden viimeaikaisten hankkeiden tuottamat kokemukset ja suositukset.

Tavoitteet:

1. alle kouluikäiset lapset saavat turvataitokasvatusta viimeistään esikoulussa
2. nuoret ovat tietoisia seksuaalioikeuksistaan, he osaavat puolustaa omia oikeuksiaan ja kunnioittaa toisten oikeuksia
3. lasten ja nuorten vanhemmat saavat tietoa lasten turvataidoista ja nuorten seksuaalioikeuksista ja tukea esim. päiväkodin, neuvolan tai koulun työntekijöiltä luodakseen rohkaisevan ja lämpimän suhteen lapseensa
4. terveydenhuollon ammattilaisilla ja opetushenkilökunnalla on valmiudet kasvattaa väkivallattomuuteen ja puuttua pulmatilanteisiin mahdollisimman varhain
5. media vähentää seksuaalista väkivaltaa käsitteleviä sisältöjä
6. yleinen väkivaltakielteinen ilmapiiri leviää koulu- ja opiskeluyhteisöissä ja työpaikoilla sekä terveystieteiden järjestelmän kautta
7. yhteisöjen, kuten koulu- ja työyhteisöjen, turvallisuuden ja hyvinvoinnin edistämiseksi määritellään yhteisön rooli/toiminta erityisesti seksuaalisen turvallisuuden ja hyvinvoinnin näkökulmasta.
8. seksuaalinen väkivalta vähenee suomalaisessa yhteiskunnassa

Toimenpiteet:

- väkivallattomuuteen kasvattaminen kirjataan varhaiskasvatuksen, esiopetuksen ja peruskoulujen turvallisuuteen ja hyviin ihmissuhteisiin tähtäävän kasvatuksen tavoitteeksi
- varhaiskasvatuksen ja peruskoulun väkivallattomuuteen tähtäävä kasvatusta kehitetään ja siihen sisällytetään seksuaalioikeuksien sekä yksilön koskemattomuuden ymmärtämiseen ja itsesuojeluun tähtäävien tietojen ja taitojen (turvataitojen) opetusta. Samoja teemoja käsitellään myös nuorisotyön piirissä sekä rippikoulussa ja sitä vastaavissa tilaisuuksissa
- em. tavoitteen saavuttamiseksi järjestetään täydennyskoulutusta varhaisopetuksen ja peruskoulujen opettajille sekä kehitetään opetusmateriaalia
- turvataidoista ja seksuaalioikeuksista tiedotetaan lasten vanhemmille
- väkivaltaa kokeneita seulotaan äitiys- ja lastenneuvoloissa sekä koulu- ja opiskelu- ja työterveydenhuollossa, joissa toimitaan muutoinkin aktiivisesti seksuaalista ja muuta väkivaltaa ehkäisevästi käsittelemällä aihetta mm. vastaanotoilla, perhevalmennuksessa, vanhempain ryhmissä jne.
- ehkäisevien palveluiden asiakkaille annettavat ohjeet uusitaan huomioiden seksuaalisen ja muun väkivallan vähentämisen näkökulma
- parisuhde- ja läheisväkivallan vähentämiseksi käynnistyneitä ohjelmia ja hankkeita jatketaan toimintakäytäntöjen juurruttamiseksi ja niissä tehdään näkyväksi myös seksuaalisen väkivallan näkökulma
- riskiryhmiin kuuluville nuorille suunnattua toimintaa tuetaan ja laajennetaan
- seksuaalista väkivaltaa käsitellään asevelvollisille annettavan seksuaalikasvatuksen yhteydessä
- toimintaohjelma lapsille suunnatun mediaväkivaltaviihteen rajoittamiseksi laaditaan ja pannan toimeen tietoyhteiskuntaohjelman mukaisesti
- peruskouluissa kehitetään kriittisen medialukutaidon opetusta ja annetaan ohjausta tietoverkon turvalliseen käyttöön ("nettietiketti")
- kansalaisen terveystietoporttiin valmistetaan väestölle tietoa seksuaalista ja muusta väkivallasta ja paikallisista palveluista ja niiden pohjalta valmistetaan painettua materiaalia palvelujen yhteydessä jaettavaksi
- seksuaalisen väkivallan kokemuksien yleisyyttä kartoitetaan määrävälein nuorisotutkimusten (esim. kouluterveyskysely, WHO -koululaistutkimus, Nuorten terveystapatutkimus) yhteydessä

LÄHTEET:

- Brown J. 2002. Mass media influences on sexuality. *The Journal of Sex Research* 39, 1, 42-45.
- Ewalds H (toim.). Kenelle lyönnit kuuluvat. Kuntaopas pari- ja lähisuhdeväkivallan ehkäisytyöhön. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:7. Helsinki, 2005.
- Friendship C, Mann R, Beech A. The prison-based sex offender treatment programme – an evaluation. Home Office Research, Development and Statistics Directorate Research Findings No. 205. London: Home Office, 2003. Luettavissa: <http://www.nicic.org/Library/018958>. Luettu: 10.11.2006.
- Hakulinen-Viitanen T, Pelkonen M, Haapakorva A. Äitiys- ja lastenneuvolatyö Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:22. Helsinki, 2005.
- Heikinheimo A, Tasola S. Vain muistamalla voi unohtaa. Seksuaalisesti hyväksikäytettyjen naisten ryhmäterapia. Tie toipumiseen. Kopijyvä Oy. Jyväskylä, 2004
- Heiskanen M, Piispa M. Usko, toivo, hakkaus. Kyselytutkimus miesten naisille tekemästä väkivallasta. Tilastokeskus ja Tasa-arvoasiain neuvottelukunta. Oikeus 1998:12. Helsinki, 1998.
- Hermanson E, Brandt P, Aho T, Apter D. Encountering an adolescent at a sexual health clinic. Luentolyhennelmä. Nordic Association for Clinical Sexology. The 28th NACS Conference 2005, Jyväskylä.
- Irwin CE ja Rickert VI . Coercive sexual experiences during adolescence and young adulthood: a public health problem. *Journal of Adolescent Health* 2005;36:359-61.
- Kouluterveydenhuolto 2002. Opas kouluterveydenhuollolle, peruskouluille ja kunnille. Stakes Oppaita 51. Saarijärvi, 2002.
- Makkonen K, Mäkelä-Bengs P, Sajantila A, Salo E. Millaista akuutti- ja jatkohoitoa saa seksuaalisesti hyväksikäytetty nuori? *Suomen Lääkärilehti* 2005;60:4639-43.
- Oikeusministeriö. Kansallinen ohjelma väkivallan vähentämiseksi. Julkaisu 2005:2. Helsinki 2005.
- Opetushallitus. Perusopetuksen opetussuunnitelman perusteet. Opetushallitus. Määräys 1/011/2004. Vammala, 2004. Luettavissa: <http://www.oph.fi/info/ops/> Luettu 9.11.2004.
- Perttu S. Naisiin kohdistuva parisuhdeväkivalta ja sen seulonta äitiys- ja lastenneuvolassa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:6. Helsinki, 2004.
- Perttu S, Kaselitz V. Parisuhdeväkivalta puheeksi – opas terveydenhuollon ammattihenkilöstölle äitiyshuollossa ja lasten terveyspalveluissa. Yliopistopaino. Helsinki, 2006.
- Piippo S. Survey of gynecological problems during childhood and early adolescence in an academic center. Tampereen Yliopisto. Acta Universitas Tampereensis 1024. Tampere, 2004.
- RAP – raiskatun akuuttiapu. Seksuaalista väkivaltaa kokeneen tutkimus- ja hoito terveydenhuollon toimipisteissä (päivitetty vuonna 2002). Luettavissa: http://www.vaestoliitto.fi/mp/db/file_library/x/IMG/32879/file/rap02.pdf. Luettu: 10.11.2006.
- Salo E, Ståhlberg M-R. Lapsen seksuaalinen hyväksikäyttö. Kirjassa: Söderholm A, Halila R, Kivitie-Kallio S, Mertsola J, Niemi S (toim.). Lapsen kaltoinkohtelu. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki, 2004, s. 102-16.

- STM. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:14. Helsinki, 2004a.
- STM. Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäiseminen 2004-2007. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2004:9. Helsinki, 2004b.
- STM. Opiskeluterveydenhuollon opas. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:12. Helsinki, 2006.
- Tilastokeskus 2006. Syytetyt, tuomitut ja keskimääräiset rangaistukset rikoksittain, ensimmäinen oikeusaste 2005 (päivitetty 6.10.2006) Luettavissa: http://www.stat.fi/til/syyttr/2005/syyttr_2005_2006-10-06_tie_001.html. Luettu 10.11.2006.
- Timmerman M. 2004. Safe schools and sexual harassment: The relationship between school climate and coping with unwanted sexual behaviour. *Health Education Journal* 63, 2, 113-26.
- Vankeinhoitolaitos. Seksuaalirikoksista tuomittujen toimintaohjelma. Luettavissa: <http://www.vankeinhoito.fi/6349.htm>. Luettu 10.11.2006.
- VASU. Varhaiskasvatussuunnitelman perusteet. Stakes Oppaita 56. Saarijärvi, 2005. Luettavissa: <http://www.stakes.fi>
- Ward L. 2003. Understanding the role of entertainment media in the sexual socialization of American youth: a review of empirical research. *Developmental Review* 23, 3, 347-388.
- WHO. Preventing violence. A guide to implementing the recommendations of the world report on violence and health. Geneva: World Health Organization, 2004. Luettavissa: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/. Luettu: 10.11.2006.
- WHO. Väkivalta ja terveys maailmassa – WHO:n raportti. Lääkärien sosiaalinen vastuu ry ja Terveystieteiden tutkimuskeskus. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 2005. Luettavissa: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/. Luettu: 10.11.2006.
- Wijma B, Schei B, Swahnberg K ym. Emotional, physical, and sexual abuse in patients visiting gynaecology clinics: a Nordic cross-sectional study. *Lancet* 2003;361:2107-13.

14 AMMATTIHENKILÖIDEN OSAAMISEN KEHITTÄMINEN JA TUKEMINEN

14.1 Perusopetuksen ja toisen asteen koulutuksen opetushenkilöstö

Työryhmä suosittelee, että lapsen seksuaalisen kasvun kehityksen tukeminen sisällytetään varhaiskasvatukseen ja esiopetuksen suunnitelmiin (kts. luku 4). Tavoite on huomioitava näiden alojen ammattilaisten tutkinto- ja täydennyskoulutuksessa. Lastentarhanopettajakoulutus siirtyi opistotasoisesta yliopistolliseksi koulutukseksi vuonna 1995. Ei ole olemassa selvityksiä siitä minkä verran koulutus sisältää tietoa lapsen seksuaalisen kehityksen vaiheista ja sen tukemisesta.

Peruskoulun alaluokilla terveystietoa ei ole omana oppiaineenaan, vaan terveystieto (ja siten myös seksuaaliopetus) on integroitu muihin oppiaineisiin. Luokanopettajien koulutukseen sisältyy niukasti terveystietoa, seksuaaliopetusta tuskin lainkaan. Seksuaaliopetuksen aiheiden systemaattinen integroiminen alaluokkien opetukseen edellyttää peruskoulutuksen kehittämistä ja täydennyskoulutusta.

Terveystieto tuli peruskoulujen ja lukioiden oppiaineeksi vuonna 2004 koululainsäädännön uudistuksen myötä. Uuden opetussuunnitelman mukaisesti terveystietoa on tullut kouluissa opettaa viimeistään syyslukukaudesta 2006 lähtien. Terveystiedon opettajalta tulevaisuudessa vaadittava aineenopettajan pätevyys (ammattillisessa oppilaitoksessa ja lukiossa elokuusta 2011 ja peruskoulussa elokuusta 2012 lähtien) edellyttää terveystiedon aineopinnojen suorittamista yliopisto-opintoina (A 614/2001). Terveystiedon aineopinnot sisältyvät Jyväskylän yliopiston terveystieteen laitoksen sekä Turun yliopiston opettajankoulutuslaitoksen opetussuunnitelmiin. Lisäksi niitä voi opiskella Jyväskylän, Kuopion, Oulun ja Turun avoimissa yliopistoissa. Terveystietoa opettavat siirtymävaiheessa aineopettajat, kuten liikunnan, biologian ja kotitalouden opettajat, joista osa on jo hankkinut pätevyyden tai on parhaillaan koulutuksessa. Terveystiedon opetukseen järjestetään myös suppeampaa täydennyskoulutusta, mm. Opetushallituksen rahoittamana koulutuksena.

Koska terveystieto sisältää suuren määrän aihealueita, seksuaaliterveyden osuus ei ole kovin suuri nykyisten aineopettajien täydennyskoulutuksessa eikä myöskään varsinaisessa terveystiedon aineopettajakoulutuksessa. Seksuaaliterveystiedon opettajien täydennyskoulutus on jatkossakin tarpeen.

Tavoitteet:

- seksuaaliopetusta ja –kasvatusta antaa tehtävään koulutettu ammattihenkilöstö kaikilla opetusasteilla

Toimenpiteet:

- lastentarhanopettajien sekä muiden päiväkodissa työskentelevien sosiaali- ja terveysalan ammattihenkilöiden koulutukseen sisällytetään lapsen seksuaalista kehitystä ja sen tukemista käsittelevää aineistoa
- seksuaaliterveyden laaja-alainen ymmärtäminen ja tukeminen sisältyvät peruskoulun luokanopettajien opettajien koulutusten opetussuunnitelmiin
- seksuaalikasvatukseen täydennyskoulutusta opettajille ja muille ammattihenkilöille järjestetään säännöllisesti siten, että sitä on tarjolla maan eri osissa (esim. ammattikorkeakoulut)
- lasten ja nuorten seksuaalikasvatukseen liittyvä opetus- ja neuvontamateriaali kootaan, luetteloidaan ja pidetään ajantasaisena saatavilla www.sivuilla

14.2 Sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden tutkintokoulutus

Terveydenhuollon ammatinharjoittamista säännellään sekä kansallisesti että kansainvälisesti. Sääntelyn tarkoituksena on potilasturvallisuuden, terveystalouden laadun sekä terveystalouden järjestelmän toimivuuden edistäminen (L 559/1994). EU:n jäsenmaissa säännellään lääkärin, sairaanhoitajan ja kättilön koulutusta sekä tutkintojen tunnustamista ammattipätevyyksien tunnustamista koskevalla direktiivillä (2005/36/EY). Koska terveydenhuollon ammatinharjoittamisoikeus perustuu säännellyn koulutuksen suorittamiseen, terveydenhuollon erityisvaatimukset on otettava huomioon myös terveystalouden koulutuksen laadullisessa ja määrällisessä ohjauksessa ja kehittämisessä.

Sosiaalihuoltoa määrittää laki sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista (L 272/2005) ja kelpoisuuslakia täydentävä asetus (A 608/2005). Sosiaalityön neuvottelukunta on määritellyt kiireelliset toimenpiteet sosiaalityön vahvistamiseksi (STM 2003) ja todennut ammatinharjoittamislainsäädännön säätämisen tarpeellisuuden, mutta sosiaali- ja terveystalouden ministeriössä on ollut kantana, että kelpoisuusvaatimukset riittävät (Päivi Mäkinen, henkilökohtainen tiedonanto).

EU-tasolla ei ole olemassa sosiaalihuoltoa koskevia direktiivejä. Suomessa opetusministeriö hoitaa ulkomaalaisten tutkinnon vastaavuuden tunnistamisen. Suomeen pyrkivältä edellytetään sosiaalilainsäädännön täydentäviä opintoja sekä kieliopistoja. Joissakin Euroopan maissa käytössä ovat ammattirekisterit, joihin henkilö liitetään tiettyjen kriteerien perusteella. Yhteisten kriteerien luominen voisi olla haaste myös EU:n sisällä. Suomessa tarvittaisiin sitä varten ammatinharjoittamisrekisteri sosiaalihuollon työntekijöille.

Yliopistotutkinnot

Lääkärin peruskoulutuksessa seksuaali- ja lisääntymisterveyden keskeisiä aiheita opiskellaan jatkossa tiedekunnassa pääosin naistentautien ja synnytysten jaksolla. Oppisisältöihin kuuluvat muiden ohella raskauden ja synnytysten kulku, raskauden keskeytys sekä raskauden ehkäisy ja sterilisaatio. Perusterveydenhuollon äitiys- ja ehkäisyneuvolatyön opetus on järjestetty vaihtelevin tavoin eri tiedekunnissa gynekologian ja yleislääketieteen opettajien yhteistyönä siten, että opetuksesta ainakin osa toteutuu kentällä neuvolassa. Valmiista lääkäreistä puolet arvioi peruskoulutuksen antaman opetuksen vastaavan huonosti terveystaloudessa tehtävää työtä neuvolatyön osalta (Vänskä ym. 2005).

Sekä lääketieteen opettajien että opiskelijoiden keskuudessa tehtyjen selvitysten mukaan peruskoulutuksessa ovat hyvin esillä tietyt seksuaaliterveyden osa-alueet kuten raskauden ehkäisy, sukupuolitaudit ja seksuaalinen väkivalta. Kuitenkin monet keskeiset asiat kuten ikääntymiseen tai pitkäaikaissairauksiin liittyvät kysymykset, naisten seksuaaliongelmien ja seksuaalisuuden moninaisuus jäävät hyvin vähälle käsittelylle tai puuttuvat kokonaan (Kosunen 2003, Närte ym. 2004, ks. myös Rautio 2006).

Erikoislääkärikoulutus kestää noin kuusi vuotta. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden kannalta keskeiset erikoisalajat ovat naistentaudit ja synnytykset, urologia, yleislääketiede, onkologia ja psykiatria, mutta seksuaalilääketieteellistä osaamista tarvitaan useilla muillakin erikoisaloilla. Erikoislääkärikoulutuksen sisältöä ei ole tutkittu seksuaaliterveyden näkökulmasta.

Terveyden edistämistä koulutusta koskeneessa selvityksessä vuodelta 2004 oli mukana kaksi psykologian koulutusyksikköä. Seksuaaliterveyden alueelta toinen raportoi laajasti seksuaaliterveyteen liittyviä aiheita ja toinen vain kehitykseen, perheen vuorovaikutukseen ja seksuaalisen suuntautuneisuuteen liittyviä aiheita. Seksologia oli omana kurssinaan. Sosiaalityön koulutuksessa on paneuduttu seksuaaliseen hyväksikäyttöön ja väkivaltaan, seksuaaliseen suuntautuneisuuteen, sairauteen ja vammaisuuteen. Kaikissa koulutusyksiköissä aihepiirin ei kuitenkaan katsota liittyvän luontevasti sosiaalityön koulutukseen. Lastentarhaopettajien koulutus ei ollut mukana selvityksessä. (Rautio 2006.) Terveystieteiden kandidaatin ja maisterin koulutukset, joissa pääai-neena on hoitotiede, terveyden edistäminen ja terveystieteiden tai jokin muu terveystieteiden tie-teenala, eivät sisällä seksuaali- ja lisääntymisterveyden opintoja, vaan osaaminen perustuu alan ammatilliseen tutkintoon, jota on mahdollisuus syventää esimerkiksi vapaavalintaisina opintoina, harjoittelun aikana tai opinnäytetyössä.

Ammattikorkeakoulututkinnot

Valmistuvien terveydenhoitajien seksuaaliterveyden asiantuntijuutta on selvitetty 1970-, 1980- ja 1990-luvuilla. Asenteet olivat muuttuneet sallivimmiksi, ja yleinen tietotaso oli noussut. Noin kymmenen vuotta sitten valmistuvista terveydenhoitajista viidesosalla oli kuitenkin heikot tiedot seksuaaliterveydestä ja tuloksissa oli suuria eroja eri oppilaitosten välillä (Nurmi 2000.) Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulujen ja ammatillisten oppilaitosten vuosina 2002–2003 antamaa seksuaaliterveyden opetusta käsittelevä selvitys osoitti, että seksuaalisuutta koskevat integroidut tai vapaasti valittavat opinnot olivat lisääntyneet ja opettajat olivat pätevämpiä kuin 1990-luvul-la tehdyissä selvityksissä. Kuitenkaan kaikki sosiaali- ja terveysalan opiskelijat eivät saaneet sek-suaalisuuden tai seksuaaliterveyden opetusta. (Nykänen ja Valkama 1998, Valkama ja Knuutila 2004.)

Vuonna 2004 tehty selvitys terveyden edistämisen koulutuksesta sosiaali- ja terveysalalla osoit-ti, että seksuaaliterveyttä käsiteltiin eniten sairaanhoitaja-, terveydenhoitaja- ja kättilökoulutukses-sa. Aihepiirin käsittelyssä sairaanhoitajakoulutuksessa oli kuitenkin painotuseroja eri oppilaitok-sissa. Seksuaaliterveys oli usein integroitu ammattiaineisiin, jolloin sen käsittely riippui ainakin jonkin verran opettajan intresseistä. (Rautio 2006.)

Ammattikorkeakoulututkintojen osaamisvaatimukset laadittiin terveysalalle vuonna 2001 ja päivitettiin vuonna 2006 vastaamaan kotimaisia ja kansainvälisiä osaamisvaatimuksia. Ne toimi-vat suosituksina ammattikorkeakoulukohtaisten opetussuunnitelmien laadinnassa (Opetusministe-riö 2006.)

Sairaanhoitajan (AMK) osaamisvaatimuksissa seksuaaliterveys on terveyden edistämisen yk-si keskeinen sisältöalue. Sairaanhoitajan koko tutkinnon laajuus on 210 opintopistettä (op), mutta osaamiskuvauksissa ei määritellä seksuaaliterveyden opintojen laajuutta. (Opetusministeriö 2006.) Ammattikorkeakoulukohtaisissa opetussuunnitelmissa seksuaali- ja lisääntymisterveys on sijoitet-tu eri opintojaksoihin, joiden kuvauksista ei aina selkeästi käy ilmi, missä laajuudessa seksuaali- ja lisääntymisterveyttä opiskellaan. Kätilön (AMK) koulutus (270 op), terveydenhoitajan (AMK) koulutus (240 op) ja ensihoitajan (AMK) koulutus (240 op) sisältävät sairaanhoitajakoulutuksen. (Opetusministeriö 2006.)

Kätilötyön opintojen keskeiset sisällöt ovat (1) nuorten, perhettä suunnittelevien ja ikääntyvi-en naisten kätilötyö, (2) raskaana olevan naisen ja perheen kätilötyö, (3) synnyttävän naisen kä-tilötyön, (4) synnyttäneen naisen, vastasyntyneen ja perheen kätilötyö sekä (5) erityistarkkailua

tarvitsevan vastasyntyneen kätilötyö. Kätilötyön ammattiopintojen laajuus on 90 op, joista 30 op toteutuu sairaanhoitajakoulutukseen sisältyvinä kätilötyön ammattiopintoina. Ammattitaitoa edistävästä harjoittelusta toteutuu kätilötyön toimintaympäristöissä vähintään 60 op. (Opetusministeriö 2006.)

Terveystenhoitajan koulutuksessa terveydenhoitotyö elämänsäajan eri vaiheissa –osaamisalue jaetaan elämänsäajan mukaan neljään alueeseen. Niistä ensimmäinen on lasta odottavien perheiden terveydenhoitotyö, joka käsittelee seksuaali- ja lisääntymisterveyttä. Toisena alueena on lasten, kouluikäisten, nuorten ja heidän perheidensä terveydenhoitotyö, jonka kuvauksessa on mainittu yhtenä terveysneuvonnan alueena seksuaaliterveys. Näiden opintojen laajuus ei käy ilmi osaamis-kuvauksista. (Opetusministeriö 2006.)

Ensihoitajan koulutukseen sisältyy synnyttävän äidin, synnytyksen ja vastasyntyneen lapsen tunnistaminen ja ensihoito tilanarvion perusteella (Opetusministeriö 2006).

Sosionomikoulutuksessa käsitellään seksuaalisuutta sinänsä, kontekstina esimerkiksi nuori ja seksuaalisuus, ikääntyminen ja seksuaalisuus tai vammaisuus ja seksuaalisuus. Seksuaalisuutta so-siaalialan työssä käsitellään esimerkiksi asiakkaan näkökulmasta sekä työntekijä – asiakas –näkö-kulmasta. Edellä mainitut aiheet käsittelevät korkeintaan noin yhden päivän lähiopetuksen. Diako-nia-ammattikorkeakoulun Helsingin yksikössä tarjotaan vapaavalintaisina opintoina 8 op opinnot sukupuolesta ja seksuaalisuudesta. (Terhi Laine, henkilökohtainen tiedonanto)

Geronomi (AMK) on sosiaali- ja terveysalan vanhustyön asiantuntija, jonka koulutus (210 op) yhdistää sosiaali- ja terveysalojen osaamista. Geronomin osaamisvaatimuskuvauksissa ei ole sel-keästi seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyviä mainintoja. (Opetusministeriö 2006.)

Ammattikorkeakoulujen opetusta on kehitetty seksuaaliterveyden yhdysopettajien verkoston piirissä 1990-luvun lopulta lähtien. Verkosto on tuottanut virtuaaliammattikorkeakoulun kanssa seksuaaliterveyden edistämisen verkko-opetusmateriaalin, jonka laajuus on 15 op. Palautteet ko-keilukoulutuksista ovat olleet myönteisiä. Vuoden 2006 alusta lähtien materiaalia on ollut laajasti hyödynnettävissä sosiaali- ja terveysalan eriasteisessa koulutuksessa verkko-opintoina ja lähiope-tusmateriaalina omina erillisinä opintojaksoina, kokonaisuutena tai soveltuvina koosteina. (<http://www.amk.fi/seksuaaliterveys>).

Sosiaali- ja terveysalan toisen asteen tutkinto (lähihoitajakoulutus)

Lähihoitajan koulutuksessa kaikille pakollisiin opintoihin sisältyy 2 opintoviikon (ov) laajuinen liikunta ja terveystieto, jonka yhtenä tavoitteena on ymmärtää, mikä merkitys mielenterveydellä, ihmissuhteilla ja seksuaalisuudella on yksilön toimintakykyyn. (Opetushallitus 2001.) Koulutus-ohjelmittain eriytyvissä ammatillisissa opinnoissa Lasten ja nuorten hoidon ja kasvatuksen kou-lutusohjelmassa (40 ov) seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvinä tavoitteina on, että opiske-lijä osaa hoitaa tervettä vastasyntyntä lasta, tukea äitiä ja perhettä vastasyntyneen hoidossa ja äitiyshuollon palvelujärjestelmän käytössä sekä ohjata ja tukea nuorta seksuaaliseen kehitykseen kuuluvissa asioissa. Vammaistyön koulutusohjelmassa (40 ov) yhtenä tavoitteena on, että opiske-lijä osaa tukea vammaisen henkilön seksuaalisuutta osana tämän identiteettiä ja persoonallisuutta. Vastaava tavoite on vanhustyön koulutusohjelmassa (40 ov). Nämä tavoitteet ovat koulutusohjel-mien yksittäisten opintojaksojen yksittäisiä tavoitteita, eikä niihin liittyvien sisältöjen käsittelyn laajuus käy ilmi opetussuunnitelman ja näyttötutkinnon perusteista.

Tavoitteet:

- kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollossa toimivien ammattilaisten perustutkintojen, yliopistotutkinnot mukaan lukien, on sisällettävä riittävät perustiedot seksuaalisuudesta ja seksuaali- ja lisääntymisterveydestä
- koulutuksen aikana varmistetaan, että sosiaali- ja terveysalan opiskelijat saavat ammatinsa vaatimat syvemmät tiedot seksuaali- ja lisääntymisterveydestä sekä valmiudet antaa seksuaalineuvontaa

Toimenpiteet:

- seksuaaliterveyden perustiedot sisältyvät sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkintoihin
- lääkärien peruskoulutukseen seksuaalisuutta koskevia opetussisältöjä laajennetaan
- seksuaaliterveys sisällytetään myös muihin yliopistotasoisin tutkintoihin, jotka valmistavat sosiaali- ja terveysalan työtehtäviin (lastentarhanopettajat, sosiaalityö, psykologia)
- seksuaaliterveyden edistäminen huomioidaan lääkäreiden erikoistumiskoulutuksessa, erityisesti yleislääketieteen, gynekologian, urologian, psykiatrian, lastentautien ja -psykiatrian sekä onkologian koulutuksissa
- virtuaaliammattikorkeakoulun ”Seksuaaliterveyden edistäminen” – aineiston päivittäminen ja kehittäminen turvataan riittävin resurssein

14.3 Sosiaali- ja terveydenhuollon täydennyskoulutus ja muu lisäkoulutus

Terveydenhuollon ammattihenkilöillä on lakisääteinen täydennyskoulutusvelvollisuus, josta säädetään terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa. Työnantajan velvollisuus on luoda edellytykset täydennyskoulutukseen osallistumiselle. Vuoden 2004 alusta kansanterveyslakiin ja erikoissairaanhoitolakiin lisättiin säännökset sekä annettiin sosiaali- ja terveysministeriön asetus terveydenhuoltohenkilöstön täydennyskoulutuksesta. Sosiaali- ja terveysministeriö antoi myös valtakunnalliset suositukset terveydenhuollon täydennyskoulutuksesta (STM 2004). Uusilla säännöksillä täydennyskoulutusvelvoite laajennettiin koskemaan koko terveydenhuoltohenkilöstöä. Samalla täsmennettiin työntekijän ja työnantajan täydennyskoulutusvelvoitteita. Kunnallisen työmarkkinalaitoksen tehtävänä on seurata täydennyskoulutukseen osallistumista ja sen kustannuksia valtakunnan tasolla.

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden täydennyskoulutus toteutetaan täydennyskoulutuksesta annettujen säännösten ja valtakunnallisen suosituksen mukaisesti. Täydennyskoulutus perustuu yhtäältä organisaation perustehtävään ja toiminnan kehittämiseen sekä toisaalta työntekijän osaamistarpeisiin. Täydennyskoulutuksen tavoitteena on tukea työntekijän ammatillisen osaamisen ja työn suunnitelmallista ja pitkäjänteistä kehittämistä. Täydennyskoulutus järjestetään mahdollisuuksien mukaan alueellisessa yhteistyössä, ja sen toteutumisesta on tarkoitus seurata sähköisen täydennyskoulutusrekisterin avulla. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden täydennyskoulutusta kehitetään niin, että se on luonteeltaan monitieteistä ja palvelee monipuolisesti koulutustaustaltaan erilaisia opiskelijoita.

Sosiaalihuoltolain (L 710/1982) muutos sosiaalihuollon henkilöstön täydennyskoulutuksesta tuli voimaan vuonna 2005. Muutos tuli voimaan samanaikaisesti sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista annetun lain (L 272/2005) kanssa. Sosiaali- ja terveysministeriö antoi kunnille ja kuntayhtymille myös Sosiaalihuollon täydennyskoulutussuosituksen (STM 2006). Sosiaalihuollon täydennyskoulutusvelvoite edellyttää, että kunnat huolehtivat henkilöstönsä riittävästä osallistumisesta vuosittain järjestettyyn täydennyskoulutukseen. Täydennyskoulutuksen on oltava suunnitelmallista ja liittyä sosiaali- ja terveystoimen toimintakäytäntöjen ja palvelujärjestelmien kehittämiseen sekä paikallisiin, alueellisiin ja valtakunnallisiin strategisiin kehittämistavoitteisiin. Järjestämis- ja toteuttamistavasta päättävät kunnat.

Seksologian ja seksuaaliterveyden erityisosaaminen

Nykyisin seksuaaliterveyden nimikkeen alla tehtävää kliinistä neuvonta- ja terapiatyötä on nimetty Suomessa aiemmin seksologiaksi. Monissa maissa alan järjestöt ja koulutus nimetään edelleen kliiniseksi seksologiaksi. Pohjoismaissa on noin 30 vuoden ajan toiminut kliinisten seksologien järjestö NACS (Nordic Association for Clinical Sexology), johon Suomi tuli mukaan vasta 1990-luvun lopulla.

Erityisen seksologian koulutuksen toivat Suomeen kirkko ja erilaiset järjestöt 1980-luvun alussa. Myöhemmin vähintään kolmen opintoviikon pituista koulutusta tarjosivat muun muassa Väestöliitto, A-klinikkasäätiö ja Lääkintöhallitus. Laajemmat koulutukset ovat vaihdelleet kolmesta 40 opintoviikkoon, ja ne on suoritettu yhden lukuvuoden ja pisimmät kolmen vuoden aikana. (Ilmonen 2002).

Jyväskylän ammattikorkeakoulussa aloitettiin 1990-luvulla seksologian koulutus yhteistyössä NACS:n kanssa. NACS:n piirissä valmisteltiin vuosina 1997–1999 Pohjoismaisen Ministerineuvoston tuella seksologian koulutukselle yhteinen kolmiportainen malli, jota on käytetty perustana suomalaisen koulutuksen kehittämistyössä. Jyväskylän ammattikorkeakoulussa on vuodesta 1998 lähtien annettu kaksiportaista koulutusta: perustason seksuaalineuvojan koulutusta ja seksologian erikoistumiskoulutusta. Nykyisin perustason seksuaalineuvojakoulutusta on tarjolla 15 – 30 op:n laajuisena kuudessa ammattikorkeakoulussa.

Jyväskylässä toteutettiin ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon kokeiluna seksuaaliterveyteen suuntautunut koulutus (90 op) terveyden edistämisen ja ehkäisevän työn koulutusohjelmassa 2003–2005. Pohjoismaista koulutusyhteistyötä jatketaan ylempään ammattikorkeakoulututkintoon liittyen tavoitteena jakaa asiantuntijuutta ja tuottaa esimerkiksi yhteisiä ja/tai yhteistyössä seksuaaliterveyden edistämisen maisteritasoisia opintoja. Tällä hetkellä Jyväskylän ammattikorkeakoulussa toteutetaan seksuaaliterveyden edistämisen master-tason opintoja Terveyden edistämisen koulutusohjelmassa vapaasti valittavina opintoina (3 op). Näitä voidaan jatkossa tarjota virtuaaliammattikorkeakoulun kautta myös muiden ammattikorkeakoulujen vastaaviin opintoihin.

Ammattikorkeakoulujen seksologian täydennyskoulutukseen hakeutuneet ovat olleet pääosin terveydenhuolto-oppilaitoksista tai ammattikorkeakoulusta valmistuneita. Yliopistotutkinnon suorittaneita on koulutuksessa ollut suhteellisen vähän.

14.4 Työnkuvan muutoksiin liittyvät koulutustarpeet

Kansallisen terveystieteen eri henkilöstöryhmien keskinäistä työnjakoa koskevassa osahankkeessa kehitettiin hoitajien laajennettuja tehtäväkuvia (STM 2005). Seksuaali- ja lisääntymisterveiden alueella uudet osaamisvaatimukset liittyvät laajennettuihin tehtäväkuviin. Perusterveydenhuollossa näitä olivat

- alkuraskauden ultraäänitutkimukset äitiysneuvolassa
- uhkaavan ennenaikaisen synnytyksen arviointi äitiysneuvolassa
- synnytyksen jälkeinen jälkitarkastus äitiysneuvolassa
- kierukan laitto perhesuunnitteluneuvolassa

Erikoissairaanhoidon laajennetut tehtäväkuvat olivat

- ultraäänitutkimusten tekeminen
- normaalisynnyttäjän ja keisarileikkauspotilaan kotiutus
- synnytyspelkopoliklinikan vastaanoton pitäminen

Hankkeessa esitettyjä lainsäädännön muutostarpeiksi esitettiin

- äitiysneuvolassa toimivalle terveydenhoitajalle ja kätilölle oikeutta tehdä säännöllisen synnytyksen jälkeen jälkitarkastus, jonka perusteella annetaan todistus vanhempainrahaa varten
- äitiys- ja perhesuunnitteluneuvolassa toimivalle terveydenhoitajalle ja kätilölle rajattua lääkkeenmääräämis-oikeutta hiivatulehduksen, muiden gynekologisten tulehdusten, rintatulehduksen ja tiettyjen sukupuolitautilien hoidossa sekä oikeutta uusien ehkäisytablettien reseptiä

Nämä uudet osaamisalueet otetaan huomioon kätilön ja terveydenhoitajan tutkintoihin johtavaa koulutusta kehitettäessä ja lisäkoulutusta järjestettäessä.

Sosiaali- ja terveysministeriössä valmistellaan työnjaon kehittämistä koskevat suositukset ja lakimuutosehdotukset. Kaikkeen työnkuvan muutoksiin liittyvään koulutukseen on sisällytettävä tietoa myös muuttuvasta palvelujärjestelmästä.

14.5 Sosiaali- ja terveysalan oppilaitosten opettajien koulutus

Sosiaali- ja terveysalan ammattilaisia kouluttavien oppilaitosten opettajille ei ole määritelty pätevyysvaatimuksia seksologian tai seksuaaliterveyden aihealueella. NACS (Nordic Association of Clinical Sexology) on laatinut kriteerit seksologian opettaja- ja tutkijakoulutukselle. Suomessa ei kuitenkaan tällä hetkellä ole opettajille tarjolla koulutusta, joka täyttäisi nämä vaatimukset. Ammattikorkeakoulujen opettajista osa on suorittanut seksologian erikoistumisopinnot, joita voi tehdä pedagogisesti orientoituen Jyväskylän ammattikorkeakoulussa (ks. myös luku 14.3).

Tavoitteet:

- seksuaaliterveysaiheissa ammattilaisia kouluttavat opettajat ovat itse hyvin perehtyneitä asiaan

Toimenpiteet:

- seksologian ja seksuaaliterveyden koulutuksia julkisissa koulutusorganisaatioissa kehitetään pohjoismaisten asiantuntijoiden kanssa luodun kolmiportaisen mallin pohjalta. Kahden ensimmäisen tason (perusteet, erikoistumisopinnot) moniammatillisen koulutuksen jatkuvuus ja kehittäminen ammattikorkeakouluissa turvataan
- kliinisen seksologian ja seksuaaliterveyden edistämisen kolmannen tason koulutusta kehitetään yhteistyössä tiedekorkeakoulujen psykologian ja lääketieteellisen koulutuksen kanssa
- kliinisen seksologian erityisosaamisen varmistamiseksi kehitetään laaja-alaista terapeutisiin menetelmiin perustuvaa asiantuntijakoulutusta
- opettajille, jotka opettavat seksuaalisuuteen liittyviä aihealueita on järjestettävä systemaattisesti täydennyskoulutusta
- seksuaaliterveyden näkökulma ja sen ajankohtaiset haasteet integroidaan tarkoituksenmukaisesti valtakunnallisiin koulutuspäiviin. Käypä hoito -suosituksia ja alueellisia hoito-ohjelmia, potilasohjeita, hoitoketjuja, yhteistyökäytänteitä, työnohjaus- ja konsultaatiomenettelyjä tarkennetaan seksuaaliterveyden edistämisen näkökulmasta.

14.6 Hoitosuositukset ja sähköinen tukimateriaali ammattilaisille

Hoitosuositukset ovat parhaaseen tutkimusnäyttöön ja kliiniseen asiantuntemukseen perustuvia suosituksia päätöksenteon pohjaksi tietyn terveysongelman ratkaisemisessa. Suomalainen Lääkäriseura Duodecimin Käypä hoito- hanke tukee ja koordinoi laadukkaiden hoitosuositusten laadintaa ja levitystä Suomessa. Hanketta rahoittaa Raha-automaattiyhdistys, ja sen yhteistyöverkkoihin kuuluvat erikoislääkäriyhdistykset, suuri määrä kansanterveys- ja potilasjärjestöjä, sairaanhoitopiirit sekä FinOHTA.

Seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyviä Käypä hoito-suosituksia on annettu neljästä aiheesta: kohdunulkoinen raskaus (päivitetty 2003), kortikosteroidihoito ennenaikaisen synnytyksen uhatessa (2000), raskaudenkeskeytys (2001, päivitetään 2006) ja jälkiehkäisy (2005). Syksyllä 2006 valmisteltavana olivat seuraavat aiheet: kohdunkaulan solumuutokset: diagnostiikka, hoito ja seuranta, raskausdiabetes ja vastasyntyneen elvytys/virvoitus.

Suomen Sairaanhoitajaliitolta Hoitotyön tutkimuslaitokselle siirtyneessä hankkeessa 'Hoitotieteellisellä näytöllä tuloksiin' valmistellaan suositusta raskaana olevan, synnyttävän ja synnyttäneen äidin/perheen imetysohjauksen ja tuen toteuttamisesta Suomessa (Suomen Sairaanhoitajaliitto 2006). Sosiaali- ja terveysministeriössä on valmisteilla suositus sikiön poikkeavuuksien seulomisesta.

Työryhmä esittää, että uusia kansallisten hoitosuositusten aiheita olisivat:

- ylipainoisen odottajan hoito ja raskauden ajan painonnousu
- perhevalmennus
- matalan riskin synnytyksen hoito
- synnyttäjän psykososiaalinen tukeminen
- varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen
- synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistaminen ja hoito
- raskauden ehkäisy sekä
- klamydiainfektioiden tutkimus, hoito ja tartuntojen ehkäisy.

Perusterveydenhuollossa lääkärit suhtautuvat hoitosuosituksiin periaatteessa myönteisesti, mutta silti niitä hyödynnetään vähän. Hoitajien keskuudessa niihin suhtaudutaan myönteisimmin esimiestasolla (Mäntyranta ym. 2003). Käypä hoito –hankkeen periaatteena on ollut, että suosituksen valmistumisen jälkeen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuolto työstävät ja laativat yhteistyötä edellyttävissä asioissa hoitoketjut. Tämä ei ole kuitenkaan toteutunut läheskään aina, ja hoitosuosituksen ”jalkauttaminen” vaatii edelleen tehostamista. Aiheesta on vireillä useita tutkimus- ja kehittämishankkeita.

Ammattilaisten työn tueksi tarkoitettu terveystietokanta (www.terveysportti.fi) on nykyisin käytännöllisesti kaikkien terveydenhuollon toimipisteiden käytettävissä, mutta pääsy eri tietokantoihin vaihtelee jonkin verran. Terveystietokannan lääkärin tietokanta on käytettävissä lähes kaikilla terveyskeskuslääkäreillä ja päivittäinen käyttö on hyvin yleistä. Lääkärin tietokantaa päivitetään jatkuvasti. Hoitohenkilöstöllä ei ole näihin päiviin saakka ollut pääsyä lääkärin tietokantaan läheskään kaikkialla, mutta tämäkin mahdollisuus on yleistymässä.

Terveystietokantaan sisältyvä sairaanhoitajan tietokanta on hoitotyön tietokanta, joka on kehitetty erillisenä lääkärin tietokannasta, eikä ohjeiden vastaavuutta ole kaikilta osin pystytty tarkistamaan. Sairanhoitajan tietokanta ostetaan erikseen, eivätkä terveyskeskukset ole ostaneet sitä yhtä laajasti kuin lääkärin tietokantaa. Käytön yleisyydestä ei ole tutkimustietoa.

Tavoitteet:

- seksuaali- ja lisääntymisterveyden palvelut perustuvat näyttöön perustuvaan tietoon, joka on helposti ammattilaisten tavoitettavissa

Toimenpiteet:

- kansallisia hoitosuosituksia täydennetään seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen aihealueella kansanterveydellisesti merkittävillä aiheilla
- kansallisten hoitosuositus- ja käyttöönottoa tehostetaan tutkimus- ja kehittämishankkeista saatuun kokemukseen perustuen

LÄHTEET:

- 2005/36/EY. Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi, annettu 7 päivänä syyskuuta 2005, ammattipätevyyden tunnustamisesta. Saatavissa: http://europa.eu.int/eur-lex/lex/LexUri-Serv/site/fi/oj/2005/l_255/l_25520050930fi00220142.pdf
- A 614/2001. Asetus opetustoimen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista annetun asetuksen 14 ja 28 §:n muuttamisesta. Valtion säädöstietopankki. Luettavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2001/20010614>. Luettu 29.12.2006.
- A 608/2005. Asetus sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista. Valtion säädöstietopankki. Luettavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/2005/20050608>. Luettu: 10.11.2006.
- Ilmonen T. Seksuaalineuvonta- ja seksuaaliterapiakoulutuksen kartoitus 2002. Käsikirjoitus. Stakes ja SEXPO –säätio.
- Kosunen E. Seksuaalisuuden käsittely lääkäreiden peruskoulutuksessa. Suomen Lääkärilehti 2003;58:4373-7.
- L 272/2005. Laki sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista. Valtion säädöstietopankki. Luettavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2005/20050272>. Luettu: 28.12.2006.
- L 559/1994. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Valtion säädöstietopankki. Luettavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>. Luettu 28.12.2006.
- L 710/1982. Sosiaalihuoltolaki. Valtion säädöstietopankki. Luettavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1982/19820710>. Luettu: 28.12.2006.
- Mäntyranta T, Kaila M, Varonen H, Mäkelä M, Roine R, Lappalainen J. Hoitosuosituksen toimeenpano. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Vammalan Kirjapaino Oy, 2003.
- Nurmi T. Seksuaaliterveys ja terveydenhoitaja. Seksuaaliterveyden edistäminen ja terveydenhoitajaksi valmistuvien seksuaaliterveyden asiantuntijuus 1970-, 1980- ja 1990-luvuilla. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisu 2000:13. Helsinki, 2000.
- Nykänen T, Valkama, Sirpa. Perhesuunnittelun opetus terveydenhuolto- ja sosiaalialan koulutuksessa. Stakes ja Keski-Suomen terveydenhuolto-oppilaitos. Jyväskylä, 1998.
- Närte N, Seppänen M, Kosunen E. Sairaus ja seksuaalisuus – kyselytutkimus valmistuville lääkäreille. Suomen Lääkärilehti 2004;59:1817-23.
- Opetushallitus. Ammatillisen peruskoulutuksen opetussuunnitelman ja näyttötutkinnon perusteet. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisu 2001:10. Helsinki, 2001.
- Opetusministeriö. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopinnot. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24. Helsinki, 2006.
- Rautio M. Terveyden edistämisen koulutus sosiaali- ja terveystieteillä. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisu 2006:49. Helsinki, 2006.
- STM. 2003 Kiireelliset toimenpiteet sosiaalityön vahvistamiseksi. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisu 2003:10. Helsinki, 2003.
- STM. Sosiaalihuollon täydennyskoulutussuositus. Opas kunnille ja kuntayhtymille. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisu 2006:6. Helsinki, 2006.

- STM. Terveysthuollon täydennyskoulutussuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:3. Helsinki, 2004.
- STM. Yhteistyö ja työnjako hoitoon pääsyn turvaamisessa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:21. Helsinki, 2005.
- Suomen Sairaanhoidajaliitto. Näytöllä tuloksiin hoitotyön laadun ja vaikuttavuuden parantamiseksi. Luettavissa: http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/asiantuntijatyoryhmat/naytolla_tuloksiin/ Luettu 8.5.2006.
- Valkama S, Knuutila J. Selvitys seksuaaliterveyden opetuksesta sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakouluissa ja ammatillisissa oppilaitoksissa vuosina 2002-2003. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Käsikirjoitus. Jyväskylä, 2004.
- Vänskä J, Hyppölä H, Halila H ym. Lääkäri 2003. Kyselytutkimus vuosina 1992–2001 valmistuneille lääkäreille. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2005:9. Helsinki, 2005.

15 TILASTOINTI- JA SEURANTAJÄRJESTELMIEN KEHITTÄMINEN

15.1 Seksuaali- ja lisääntymisterveyden nykyinen tiedonkeruu ja raportointi

Somen terveysseuranta perustuu terveysrekistereihin ja -tilastoihin, joita täydentävät säännöllisesti tehtävät kyselytutkimukset. Erityisesti Stakes, Tilastokeskus, Kansanterveyslaitos ja Työterveyslaitos vastaavat terveyteen liittyvästä tilastoinnista. Ne ovat myös keskeisiä seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvien tietojen tilastoviranomaisia Työterveyslaitosta lukuun ottamatta.

Stakes kerää suurimman osan seksuaali- ja lisääntymisterveyttä koskevista tilastoista. Pääosa tiedoista perustuu henkilötason rekisteritietoihin. Lisäksi hoitoilmoitusrekisteriin (aiemmin sairaaloiden poistoilmoitusrekisteri) kerätään tietoja seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvästä sairaalahoidosta (Taulukko 15.1). Yksityiskohtaiset tiedot lisääntymis- ja hoitoilmoitusrekisterin tietosisällöstä on esitetty liitteissä 9 ja 10.

Stakesin rekisteritietojen keruu perustuu lakiin ja asetukseen terveydenhuollon valtakunnallisista henkilörekistereistä (L 556/1989, A 774/1989). Lainsäädännön mukaan terveydenhuollon henkilöstö on rekisteröitävissä asioissa ilmoitusvelvollinen, eikä rekisteröitävien lupaa tarvitse kysyä. Henkilötietolain (L 523/1999) mukaan omien tietojen tarkastamisoikeus ei koske tilastointia varten kerättäviä tietoja.

Taulukko 15.1. Stakesin rekisteripohjainen tiedonkeruu nykytilanne (2006)

Lisääntymisrekisteri	Tilasto vuodesta	Rekisteri vuodesta
Syntymärekisteri		
- synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet	1987	1987
- pienet keskoset	2004	2004
Synnyttämiset epämuodostumat	1963	1986
Raskauden keskeytykset	1950	1983
Steriloinnit	1939	1987
Hedelmöityshoidot	1992	ei rekisteritietoja
Hoitoilmoitusrekisteri		
- vuodeosastohoito	1967	1967
- toimenpiteelliset hoitojaksot	1994	1994
- poliklinikkahoidot	1998	1998

Rekisteripohjaisen tiedonkeruun lisäksi Stakes kerää tietoja keinoalkuisista hedelmöityksistä (IVF) klinikatasolla summattuna. IVF-toimintatietojen keruu on ollut tähän saakka vapaaehtoista ja perustunut hedelmöityshoitoja antavien klinikoiden ja Stakesin väliseen sopimukseen. Syksyllä 2006 hyväksytty hedelmöityshoitolaki muuttaa tiedonkeruun pakolliseksi, mutta valtakunnallinen tiedonkeruu säilyy tilastopohjaisena. Klinikoiden on kuitenkin ylläpidettävä hedelmöityshoidoista potilasrekisteriä.

Stakes kerää avohuollon toimintatilastoihin tiedot muun muassa kaikista äitiys- ja lastenneuvolakäyntien sekä ehkäisyneuvontakäyntien määrästä. Tietojen kattavuutta ei ole tutkittu, mutta kuntien tilastointijärjestelmien tiedetään olevan erilaisia, mikä heikentää tilastojen laatua ja kun-

tatietojen vertailua. Neuvolatoiminnan kattavuudesta ja sisällöstä ei toistaiseksi kerätä tietoja. Äitiysneuvolatoiminnasta saadaan tietoja myös syntymärekisteristä (ensimmäisen neuvolakäynnin ajoituksesta, kaikkien raskaudenaikaisten tarkastuskäyntien ja poliklinikkakäyntien määrästä), mutta tiedonkeruu kattaa ainoastaan synnytykseen päätyneet raskaudet.

Stakes julkaisee kustakin tietojärjestelmästä tilastotiedotteen, joka on maksutta saatavilla Stakesin kotisivuilta (www.stakes.fi/tilastot/) ja joka pyritään lähettämään tiedontuottajille, kuten synnytyssairaaloille ja hedelmöityshoitoja antaville klinikoille. Lisäksi lisääntymisterveyttä koskevia tilastoja julkaistaan Stakesin muissa tilastojulkaisussa sekä SOTKANet-tietopankissa: <http://www.sotkanet.fi>. Uusimmat tiedot pyritään julkaisemaan viimeistään tilastovuotta seuraavan vuoden kesäkuussa.

Virallisen tilastotoiminnan lisäksi Stakes on kerännyt vuodesta 1996 lähtien kouluterveyskyselyllä seurantatietoa nuorten terveyskäyttäytymisestä. Kysely tehdään vuorovuosin itäisessä ja läntisessä osassa maata, kohteena ovat peruskoulun 8. ja 9. luokkalaiset sekä lukion 1. ja 2. luokan opiskelijat. Ammattioppilaitoksissa kyselyä ei ole toteutettu vuoden 2001 jälkeen. Kouluterveyskysely kattaa aina seksuaalikäyttäytymisen ja ehkäisyn käytön sekä vaihtelevasti saadun seksuaaliopetuksen ja seksuaalitiedot. Stakesin sivuilla on raportoitu perusjakaumat ja kunnat saavat käyttöönsä omat tietonsa. Tietoja on myös Sotkanetissa. Perusteellisempi analysointi on ollut satunnaista resurssien puutteen vuoksi.

Tilastokeskus kerää tiedot äitiys- ja lapsikuolleisuudesta. Tiedot kuolleena syntyneistä ja ensimmäisen elinvuoden aikana kuolleista kerätään myös Stakesin syntymärekisteriin, ja näiden kahden tietojärjestelmän tiedot tarkastetaan keskenään tietojen luotettavuuden parantamiseksi. Tilastokeskuksen kuolemansyytietojen keruuta säätelee erillislainsäädäntö (L 459/1973, A 1973/948).

Tilastokeskus julkaisee vuosittain erillisjulkaisun kuolemansyytilastoista tilastovuotta seuraavan vuoden syksyllä. Kuolemansyytietoja on saatavilla myös Tilastokeskuksen kotisivuilta <http://www.tilastokeskus.fi/til/ksyyt/index.html> sekä StatFin-tilastopalvelusta.

Tilastokeskus kerää tiedot rikoksista tuomituista ja julkaisee ne vuosittain. Tilastoja tutkittavana olleista tapauksista pitää yllä poliisi. Seksuaalirikollisuutta koskevia tietoja kootaan ja raportoidaan vuosittain Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen toimesta.

Kansanterveyslaitos vastaa sukupuolitautilien tilastoinnista ja HIV/AIDS –tilastoista. Lääkintöhallitus aloitti sukupuolitautilien tilastoinnin jo 1880-luvulla. 1990-luvun alussa tilastointi siirrettiin KTL:een. Nykyinen seuranta perustuu vuonna 1995 toimintansa alkaneeseen valtakunnalliseen tartuntatautirekisteriin, josta säädettiin vuonna 1986 annetussa tartuntatautilaissa ja -asetuksessa (L 583/1986 ja A 786/1986) sekä niiden myöhemmissä muutoksissa. Kaikilla kliinisen mikrobiologian laboratorioilla on velvoite ilmoittaa tekemistään klamydian, tippurin, kupan ja HIV-infektion varmentavista löydöksistä. Laboratorion ilmoittaminen tapahtuu 90%:ssa automatisoituna laboratorioden tietojärjestelmistä salattuna suoraan valtakunnallisen rekisterin tietojärjestelmään varmistaen korkean kattavuuden ja ilmoitusten teknisen laadun. Laboratorion ilmoituksien tietoja täydentämään lääkäreillä on velvoite ilmoittaa kaikista kuppa-, tippuri- ja HIV/AIDS –tapauksista tartuntatautirekisteriin. Tämän kattavuutta tukee laboratorioden järjestelmiin rakennettu automaatiikka, joka muistuttaa lääkäreitä ilmoitusvelvollisuudesta hoitavalle lääkärille menevän laboratoriotuloksen osana. Lääkärin tekemiä ilmoituksia varten on kehitteillä sähköinen ilmoittamismenetely, jonka arvioidaan tulevan käyttöön vuonna 2008. Laboratorion ilmoitukset ovat rekisterissä keskimäärin viikon kuluttua näytteenottopäivästä.

Sukupuolitauteja koskevat tiedot, HIV-tilastoja lukuun ottamatta, ovat viikoittain päivitettyinä monipuolisesti käytettävässä tartuntatautirekisterin verkkopalvelussa. HIV-tilastot päivitetään kuukausittain. Tartuntatautirekisterin tiedoista laaditaan vuosiraportti.

Vuodesta 1995 lähtien on toiminut sukupuolitautilien vapaaehtoinen anturikeskuseuranta, johon kuuluu noin 15 sukupuolitautipoliklinikkaa, synnytyspoliklinikkaa, terveyskeskusta ja ylioppilaiden terveydenhoitojärjestelmän vastaanottopistettä eri puolilla Suomea. Järjestelmä kerää diagnostiikkaan, tartuntatapaan ja riskikäyttäytymiseen liittyviä tapauskohtaisia tietoja, jotka kerätään anonyymeina analyysia varten. Anturikeskuksien seurannan tapauksien määrä on noin 10–15% valtakunnallisen tartuntatautirekisterin klamydia-, tippuri-, kuppa- ja HIV -tapauksista. Järjestelmä kerää tietoja myös herpes- ja kondyloma –infektioista. Anturikeskuseurannan analyysitietoja käsitellään verkoston yhteistoimintakokouksissa ja niistä on raportoitu suomalaisissa sekä kansainvälisissä aikakauslehdissä.

Kansanterveyslaitos vastaa myös valtaosasta aikuisväestöä koskevasta terveyskyselytiedoista. Näistä tärkeimmät ovat joka vuosi toteutettava Aikuisväestön terveyskäyttäytyminen –postikysely, joka toinen vuosi toteutettava Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen –postikysely, ja joka viides vuosi kerättävä Finriski-riskitekijätutkimus. Nämä sisältävät joitakin lisääntymisterveyttä koskevia kysymyksiä esimerkiksi ehkäisyn käytöstä, hedelmättömyyden kokemisesta, kohdunpoistoista ja hormonihoidoista. Tiedonkeruuta ja raportointia ei kuitenkaan tehdä järjestelmällisesti eikä vuosittaisia tietoja ole saatavissa.

Muulla tehtävä seksuaali- ja lisääntymisterveyden tiedonkeruu

Stakesin Kouluterveyskyselyn (ks. edellä) ohella nuorten seksuaaliterveyteen liittyviä tietoja saadaan säännöllisesti seuraavista lähteistä:

- Nuorten terveystapatutkimus (NTT) on aloitettu vuonna 1977, ja se tehdään joka toinen vuosi koko maata edustavalle otokselle 12-, 14-, 16- ja 18 -vuotiaista tytöistä ja pojista. NTT:stä saadaan tietoa seurustelusta ja ehkäisypillereiden käytöstä, mutta ei muusta seksuaalikäyttäytymisestä. NTT:ta toteuttaa Tampereen yliopisto.
- Koululaisten terveyskäyttäytyminen -tutkimus on aloitettu vuonna 1984 ja se tehdään joka neljäs vuosi koko valtakunnan peruskouluja edustavien koulujen otokselle. Tietoja saadaan muun muassa kypsymisestä (13- ja 15 -vuotiaat) sekä seksuaalikäyttäytymisestä ja ehkäisyn käytöstä (15 -vuotiaat). Tutkimuksen toteuttaa Jyväskylän yliopisto yhteistyössä Maailman terveysjärjestön WHO:n kanssa.
- Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö (YTHS) on kerännyt tietoja yliopisto-opiskelijoiden terveydestä ja terveyskäyttäytymisestä (seksuaali- ja lisääntymisterveys mukaan lukien) kaksi kertaa. Kysely on suunniteltu toistettavaksi jatkossa neljän vuoden välein.
- Puolustusvoimien tekemä alokkaiden terveyskysely sisältää nuorten (pääasiassa miesten) seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyviä kysymyksiä, joiden raportointi on alkamassa.

15.2 Tilastojen ja rekistereiden tiedonkeruun ja raportoinnin kehittäminen

Seksuaali- ja lisääntymisterveyttä koskevat tilastot ja rekisterit ovat Suomessa jo nykyisin varsin kattavia ja korkealaatuisia. Tarpeita kokonaan uusille tiedonkeruun aiheille on vähän. Kehittämistarpeet liittyvät pääosin jo kerättävän tiedon tehokkaampaan hyödyntämiseen ja raportointiin.

Sosiaali- ja terveysministeriön vuosina 2002–2003 toiminut Sosiaali- ja terveyshuollon tietouudistus 2005 –työryhmä teki joitakin lisääntymisterveyden palveluiden tilastointia koskevia ehdotuksia (Hämäläinen ym. 2003). Osa silloin tehdyistä ehdotuksista on jo toteutunut tai toteutumassa (tiedonkeruu pienistä keskosista, hedelmöityshoitojen tilastoinnin pakollisuus). Työryhmän ehdotus lasten ja nuorten terveydentilan seurannan ja palveluiden käytön tietokeruujärjestelmästä on toteutumassa osana avoterveydenhuollon tilastoinnin uudistamista ja Lasten terveysseurannan kehittämistä (kts. luku 15.4). Ehdotus sterilointirekisterin lakkauttamisesta on selvitetty, ja todettu, ettei luotettavaa tietoa saada muista rekistereistä eikä rekisteriä siten voida lakkauttaa.

Tietouudistus 2005 –työryhmä esitti Stakesin syntymä- ja epämuodostumarekisterin ja Kansaneläkelaitoksen lääketietojen välisen tiedonvaihdon kehittämistä. Tätä varten on perustettu erillishanke, jossa raskaudenaikaisen lääkealtistuksen tiedot voitaisiin viedä joustavasti syntymärekisteriin siten, että tästä voisi tulla pysyvä käytäntö vuonna 2007.

Tieto 2005 –hankkeen jälkeen on keskusteltu sikiöseulontoja koskevan tietojärjestelmän parantamisesta ja seulontatoiminnan vaikuttavuuden arvioinnin aloittamisesta. Nykyisin Stakesin syntymä-, epämuodostuma- ja hoitoilmoitusrekisteristä saa joitakin sikiöiden poikkeavuuksia koskevien seulontojen tietoja, mutta tietoja ei ole kerätty systemaattisesti ja kattavasti. Sikiöseulontatietojen kerääminen ja seulonnan vaikuttavuuden karkeakin arviointi on ongelmallista lukuisista syistä. Se edellyttäisi muun muassa tiedonkeruuta sekä äidistä että lapsesta/sikiöstä, useiden rekistereiden yhdistämistä, lapselle/sikiölle henkilötunnisteen kaltaista tunnistetietoa ja useista hoitopisteistä kertyvän tiedon yhdistämistä pitkällä aikavälillä. Eräs vaihtoehto olisi kerätä tiedot erillisselvityksin esimerkiksi viiden vuoden välein. Osa tiedoista voidaan kerätä ainoastaan otoksin, mutta myös yksilötason tietoja ja erillistiedonkeruuta tarvitaan.

Stakes on aloittanut vuonna 2006 kaksivuotisen, STM:n rahoittaman Sampo -hankkeen, jolla on tarkoitus jatkaa Tieto 2005 –hankkeessa aloitettua kansallisia tietovarantoja koskevaan kartoitusta ja uudelleen arviointia. Hankkeen päätavoitteena on rakentaa Stakesiin eri tilastoja ja rekistereitä palveleva uusi, pysyvä tietojärjestelmäarkkitehtuuri, uudistaa tilastotuotannon käsittely- ja toimintaperiaatteet sekä luoda uudistettu prosessimainen toimintamalli. Tavoitteena on, että hankkeen päätyttyä uusi tehostettu infrastruktuuri mahdollistaa tilastotuotantoa koskevien tehtävien su-lauttamisen osaksi Stakesin pysyvää toimintaa mahdollisimman pienin resurssilisäyksin.

Stakesin tiedonkeruun lasketaan nopeutuvan tulevaisuudessa, kun rakenteilla oleva sähköinen tietojenkeruujärjestelmä mahdollistaa tietojen reaaliaikaisen keruun sairaaloista. Erityisesti tämä koskee hoitoilmoitusrekisterin, syntymärekisterin sekä raskaudenkeskeytys- ja sterilointirekisterin tietoja. Tiedonkeruun helpottuessa Stakesin on lisättävä alueellista raportointia sairaanhoitopiirien ja kuntien tarpeisiin. Kehittämistoimet edellyttävät riittävää resurssointia.

KTL:n tartuntatautirekisteri raportoi nykyisin vain uusien klamydiatartuntojen lukumäärän, mutta ei sitä, kuinka paljon näytteitä kaikkiaan on otettu ja kuinka iso osuus otetuista näytteistä on ollut positiivisia. Tieto otettujen näytteiden kokonaismäärästä olisi saatavissa nykyisistä laboratorioiden tekemistä ilmoituksista, mutta sitä ei ole koottu ja raportoitu vähäisistä henkilöresursseista johtuen (Petri Ruutu, seksuaaliterveyden jaosto 1.11.2006). Luotettavan tiedon saamiseksi klamydiatartuntojen epidemiologisesta tilanteesta kyseinen tieto olisi koottava ja klamydiatartuntojen määrän kehitys olisi ilmoitettava vuosiraporteissa myös suhteutettuna näytteenottoon.

Kyselyihin perustuvalla tiedonkeruulla saadaan nykyisin kattavaa tietoa nuorison terveyskäyttäytymisestä seksuaaliterveys mukaan lukien noin 16 vuoden ikään saakka. Sitä vanhempien opiskelijoiden seksuaalikäyttäytymisestä saadaan tietoa vain lukiolaisista ja yliopisto-opiskelijoista. Toistuvien kyselyjen ulkopuolelle jäävät toisen asteen ammatillisessa koulutuksessa olevat ja ko-

konaan koulujen ulkopuolella olevat nuoret. Kuitenkin heidän terveytensä ja terveystietoisuutensa on todettu muita samanikäisiä huonommaksi, ja systemaattinen tiedonkeruu on todettava koskemaan tätäkin väestöryhmää.

Aikuisväestölle tehtävistä kyselyistä ei saada säännöllisesti tietoa ehkäisymenetelmien käytöstä ehkäisypillereiden käyttöä lukuun ottamatta. Tiedot ovat olleet erillisten tutkimusten varassa, joita on tehty epäsäännöllisesti melko pitkin välein ja erilaisilla menetelmillä, mikä heikentää tulosten vertailukelpoisuutta.

Nykyisin jo kerättävien seksuaali- ja lisääntymisterveyden tilasto- ja rekisteritietojen hyödyntämistä ja etenkin niiden yhdistettyä käyttöä on tehostettava edelleen sekä väestön terveyden seurannan että tutkimuksen tarkoituksiin. Käytön tehostamisen vaatimus koskee terveydenhuollon palveluita antavia yksiköitä, sosiaali- ja terveysministeriön alaisia tutkimuslaitoksia sekä yliopistoja, korkeakouluja ja ammattikorkeakouluja. Tilasto- ja rekisteritietojen käytön tehostaminen edellyttää rekisterien hyvää yhteistyötä ja tietojen ristikkäistä käyttöä. Sen vuoksi on tärkeää, että jatkossakin yksi viranomainen kerää ja arkistoi lisääntymisrekisterien tiedot.

Lisäntymis- ja seksuaaliterveyttä kokoavien julkaisujen tekeminen ei kuulu nykyisin minkään toimijan tehtäviin. Tehtävä sopii parhaiten seksuaali- ja lisääntymisterveyden osaamiskeskukselle, jota ehdotetaan perustettavaksi toisaalla tässä toimintaohjelmassa (kts. luku 17.2).

15.3 Seurantaindikaattoreiden kehittäminen

Kansanterveyslain muutos (L 928/2005) edellyttää, että kunnat seuraavat terveyttä edistävän toiminnan toteutumista ja väestön terveyttä väestöryhmittäin omassa kunnassaan. Tähän tarvitaan indikaattoreiden kehittämistä terveyttä edistävän toiminnan eri aloille, myös seksuaali- ja lisääntymisterveyteen.

Kansanterveyttä kuvaavien osoittimien kehittäminen on ajankohtaista myös kansainvälisesti. Euroopan unioni pyrkii luomaan kattavan kansanterveyden seurantajärjestelmän (ECHI eli European Community Health Indicators). Seurantajärjestelmien tilastollisia osoittimia on kehitetty EU:n kansanterveys- ja kuluttaja-asioiden pääosaston rahoittamissa lisääntymis- ja seksuaaliterveyden hankkeissa. Komission suunnitelmissa on ollut, että ECHI-järjestelmän toimeenpanon jälkeen jäsenmaita veloitetaan keräämään terveyttä koskevat ydintiedot. Seurannan toteuttamisen aikataulusta ei ole selvyttä tällä hetkellä.

EU-hankkeissa ehdotetuista osoittimista (taulukko 15.2) Suomen nykyisistä tiedonkeruujärjestelmistä saadaan hyvin synnytyksiä ja vastasyntyneitä koskevat osoittimet. EU-hankkeen ehdotuksissa lisääntymisterveyden alle nimetyt indikaattorit sisältävät tässä toimintaohjelmassa seksuaaliterveyden alle nimettyjä aihealueita. Kaikkia näitä osoittimia varten ei ole vielä vakiintuneita tiedonkeruumenetelmiä.

Taulukko 15.2. Ehdotetut EU:n tasolla kerättävät perinataali- ja lisääntymisterveyden osoitintiedot

Perinataaliterveys (PERISTAT-hanke)		
Indikaattori		Tiedon kerääjä Suomessa
1.	Kuolleena syntyneiden osuus	Stakes/Tilastokeskus
2.	Neonataalikuolleisuus	Tilastokeskus
3.	Imeväiskuolleisuus	Tilastokeskus
4.	Syntymäpainon jakauma	Stakes
5.	Raskauden keston jakauma	Stakes
6.	Äitiyskuolleisuus	Tilastokeskus
7.	Monisikiöisten synnytysten osuus	Stakes
8.	Synnyttäjien ikäjakauma	Stakes/Tilastokeskus
9.	Aiempien synnytysten jakauma	Stakes
10.	Synnytystapa	Stakes
Lisääntymisterveys (REPROSTAT-hanke)		
Indikaattori		Tiedon kerääjä Suomessa
1.	a) Raskaana olevien naisten HIV-testauksen hyväksyminen	KTL
	b) HIV-positiiviset raskaana olevat naiset	KTL
2.	Klamydian esiintyvyys	KTL vain uudet tapaukset
3.	Kondomin käyttö viimeisessä korkean riskin yhdynnässä	Nuorisokysely*
4.	Ensimmäisen yhdynnän mediaani-ikä	Ei ole saatavissa
5.	Ehkäisyn käyttö ensimmäisessä yhdynnässä	Nuorisokysely*
6.	Teini-ikäisten synnytysluvut	Stakes, Tilastokeskus
7.	Ehkäisyn käyttö	Ei kerätä järjestelmällisesti
8.	Ensisynnyttäjien keski-ikä	Stakes, Tilastokeskus
9.	Kokonaishedelmällisyysluku	Tilastokeskus
10.	Raskautta vuoden tuloksetta yrittäneiden osuus	Ei kerätä järjestelmällisesti
11.	Lapsettomuushoidoista syntyneiden lasten osuus	Stakes, vain hedelmöityshoidoista
12.	Raskaudenkeskeytysten määrä	Stakes
13.	Kohdunpoiston kokeneiden naisten osuus	Stakes, vain uudet tapaukset
14.	Hormonihoitoa saaneiden naisten osuus	Kelan lääketiedot
15.	Virtsanpidätysongelmia kokeneiden naisten osuus	Ei kerätä järjestelmällisesti
16.	Erektiohäiriön kokeneiden miesten osuus	Ei kerätä järjestelmällisesti
17.	Itseraportoitu tyytyväisyys seksuaaliterveyteen	Ei kerätä järjestelmällisesti
18.	Seksuaalista väkivaltaa kokeneiden osuus	Ei kerätä järjestelmällisesti

*) Nuorisokyselyt = Stakesin kouluterveyskysely, Tampereen yliopiston Nuorison terveystapakysely, Jyväskylän yliopiston ja WHO:n yhteinen koululaiskysely

EU-hankkeen ehdottamista seksuaali- ja lisääntymisterveyden indikaattoreista Suomessa ei ole nykyisillä tiedonkeruujärjestelmillä saatavissa yhdyntöjen aloittamisen mediaani-ikää, koska kaikki väestöryhmät kattava tiedonkeruu loppuu peruskoulun päättävien ikäluokkaan (keski-ikä 15,8 vuotta) ja mediaani-ikä lienee 16 ja 17 ikävuoden välillä. Nykyisin peruskoulun loppuessa kerättävä tieto antaa kansallisesti riittävän kuvan kehityksen seuraamiseksi, mutta ei mahdollista suoraan kansainvälistä vertailua.

Teini-ikäisten (alle 20-vuotiaiden) synnytyksiä kuten muitakin synnytyksiä koskeva tieto kerätään meillä Tilastokeskuksen ja Stakesin lisääntymisrekisterin yhteistyönä. Tietoja ei raportoida yhtä nopeasti eikä yksityiskohtaisesti kuin tietoja raskauden keskeytyksistä. Tieto sekä nuorten synnytyksistä että keskeytyksistä tarvitaan seksuaaliterveyden kehityksen seurantaan, ja molemmat tiedot ovat tärkeitä myös alueellisesti eriteltynä. Valtakunnallisiin vuosiraportteihin olisi eriteltävä alaikäisten synnytykset ja keskeytykset omaksi indikaattorikseen.

EU-hankkeen ehdottamista indikaattoreista tiedonkeruu puuttuu kokonaan aikuisväestön ehkäisymenetelmien käytöstä (ehkäisypillereitä käyttävien osuutta lukuun ottamatta). Tämä on seksuaaliterveyden kannalta keskeinen indikaattori, jonka systemaattinen tiedonkeruu olisi järjestettävä. Tietoa tarvitaan mm. palvelujärjestelmän toimivuuden arvioinnissa ja sitä kysytään usein myös kansainvälisiä vertailuja varten.

Kaikki EU-hankkeen kautta tulleet ehdotukset seksuaali- ja lisääntymisterveyden indikaattoreista eivät ole Suomen oloissa perusteltuja. Jatkossa on tärkeää, että seksuaali- ja lisääntymisterveyden indikaattoreiden kehittelyä jatketaan pääasiassa jo olemassa olevan tiedonkeruun pohjalta, kansainvälinen vertailtavuus mahdollisimman pitkälle huomioiden.

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisessä tarvitaan myös palveluiden laadun kehittämistä ja laadun seurantaa. Yleisten tilastollisten seuraintindikaattoreiden kehittämisen jälkeen laatuindikaattoreiden kehittäminen on seuraava tärkeä kehitysvaihe. Ansiokasta laatutyötä on tehty monessa terveydenhuollon yksikössä, mutta niiden tekemä työ ei kuitenkaan mahdollista valtakunnallista vertailua. Stakesissa on kehitetään kansallisia laadunseuraintindikaattoreita, jotka tuovat hyödyttämään myös seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen laadunseurantaa.

15.4 Avohoidon käyntitilastointi ja sähköinen potilaskertomus

Valtakunnallista sähköistä potilastietojärjestelmää kehitetään Kansallisessa hankkeessa terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi (Kansallinen hanke... 2005). Terveydenhuollon tietohallinnon kehittäminen on osa toimintojen ja rakenteiden uudistamista. Kuntien ja kuntayhtymien sähköisten potilasasiakirjajärjestelmien yhteensopivuutta kehitetään siten, että samalla varmistetaan korkea tietoturvan ja tietosuojan taso (STM 2004). Sähköisten asiakirjojen yhteensopivuutta koskeva lainsäädäntö on parhaillaan eduskuntakäsittelyssä. Siinä tavoitteena on yhteensopiva järjestelmä vuoteen 2010 mennessä.

Sähköisen tiedonkeruun yhtenäistäminen parantaa niin paikallistason, aluetason kuin kansallisen tason tilastointia. Tämä koskee erityisesti niitä terveystietojärjestelmän osia, joiden tilastointi on puutteellista. Parhain esimerkki on perusterveydenhuolto ja neuvolatoiminta sen osana.

Perusterveydenhuollon tutkimuksen ja kehittämisen keskeinen hidaste on ollut tilastoinnin puute, minkä vuoksi tieto terveystietojärjestelmien toimintojen sisällöistä on ollut erillisselvitysten varassa. Osana avohoidon tilastointiuudistusta Stakesissa on kehitetty ehdotus avohoidon käyntien luokituksesta, jolla saadaan tietoa yksittäisten palvelutapahtumien sisällöistä. Palvelutapahtumaksi ymmärretään kaikki toiminnot, joissa asiakas tai hänen ongelmansa on ollut palvelunantajan käsiteltävänä ja josta kirjataan tietoa sähköiseen potilasasiakirjaan. Sairaanhoidon osuutta koskeva osuus on ollut pilotoitavana useilla kokeilupaikkakunnilla vuosien 2005–2006 aikana. Luokitus kattaa sairaanhoitotoiminnan ohella myös terveysneuvonnan ja muun ehkäisevän toiminnan, josta on syksyllä 2006 saatu valmiiksi käyntitoimintoja kuvaavat luokitukset. Käyntien yksityiskohtaisempaa sisältöä kuvaava toimenpideluokitus on syksyllä 2006 valmisteltavana. Suunnitteilla on,

että muun muassa ammattiryhmät, yhteydenottotapa ja toiminnot (muun muassa äitiys- ja lastenneuvonta, ehkäisyneuvonta) eritellään nykyistä paljon tarkemmin.

Terveystietojärjestelmien keskeisiin haasteisiin kuuluu perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon lukuisten tietojärjestelmien yhteensovittaminen. Perusterveydenhuollossa käytetään neljää potilastietojärjestelmää ja erikoissairaanhoidossa niin ikään neljää järjestelmää, joiden välinen tiedonvaihto on saatava toimimaan. Lisäksi erikoissairaanhoidossa joillakin toiminnoilla on käytössä omia erillistietojärjestelmiään, joita käytetään hoitoa koskevien tietojen kirjaamiseen esimerkiksi synnytysten hoidossa, leikkaus- ja anestesiahoitoissa sekä tehohoidossa. Perustietojärjestelmästä on voitava siirtää tarvittavat tiedot erillistietojärjestelmään ja vastaavasti sieltä on voitava siirtää jatkohoidon kannalta oleelliset tiedot perustietojärjestelmään.

Sähköiseen potilastietojärjestelmän avulla on mahdollista koota terveydenhuollon toiminnan seurantaan, tutkimukseen ja kehittämiseen tarvittavaa tietoa, mutta sitä varten tieto on saatettava rakenteiseen muotoon. Potilastietojärjestelmän tietojen rakenteinen määrittely on meneillään, mutta on vielä keskeneräinen. Yhteiset ydintiedot on jo määritetty. Ydintiedoilla tarkoitetaan keskeisiä potilaan terveyden- ja sairaanhoidon tietoja kuten potilaan tunnistetietoja, tietoja potilaan ongelmista ja diagnooseista, fysiologisista mittauksista ja terveyteen vaikuttavista tekijöistä. Niiden lisäksi määritellään tiettyjä tauti-, ongelma- ja erikoisalakohtaisia tietoja. Näitä ovat mm. äitiyshuoltoa ja lasten terveyttä koskevat tiedot. Tietojen rakenteisessa määrittelyssä tarvitaan yhdenmukaisia luokituksia, nimikkeistöjä tai sanastoja sekä koodistoja. Tällöin tiedot voidaan tallentaa yhtenäisellä tavalla maan kaikissa terveydenhuollon toimintayksiköissä, joista tiedot ovat sitten kerättävissä kansallisiin tilastoihin.

Äitiyshuollon hoitoketjun tietojen määrittely –hankkeessa määritellään ne tiedot, joiden olisi siirryttävä äitiysneuvoloiden perustietojärjestelmästä synnytyssairaalan perustietojärjestelmään ja siitä edelleen synnytyssalissa käytettävään erillistietojärjestelmään. Lisäksi tietojärjestelmätoimittajien kanssa tuotetaan tarkempi toimintalähtöinen äitiyshuollon tietojärjestelmäkokonaisuuden vaatimusmäärittely. Hankkeen tulokset on tarkoitettu hyödynnettäväksi valtakunnallisesti. Hankkeessa tuotetaan myös terveydenhuollon toimintayksiköille opas äitiyshuollon hoitoketjun tiedoista. (Äitiyshuollon hoitoketjun tietojen määrittely, hankesuunnitelma 2006, julkaisematon tieto)

Lasten ja nuorten terveyden tilaa ja palveluiden käyttöä kuvaavaa tiedonkeruujärjestelmää kehitetään sosiaali- ja terveysministeriön vuoden 2004 lopussa käynnistämässä hankkeessa, jossa määritellään keskeisiä tietosisältöjä lasten ja nuorten terveysseurannan ja avoterveydenhuollon tilastoinnin kehittämiseksi. Lasten ja nuorten terveysseurantaa kehitetään KTL:lla ja avoterveydenhuollon tilastointia Stakesissa osana tilastouudistusta. Aggregoitujen tietojen kokoaminen mahdollistaa erillisselvityksistä, esimerkiksi sosiaali- ja terveysministeriön joka viides vuosi tekevästä imeväisikäisten ruokinta –selvityksestä luopumisen.

Tilastoviranomaiset pitävät tärkeänä, että sähköinen potilastietojärjestelmä ja rekisteriaineisto pysyvät erillisinä, ts. yhtä, koko terveydenhuollon kattavan rekisterin muodostamista ei pidetä tarkoituksenmukaisena. Tiedonvaihdon kansallisen sähköisen potilasjärjestelmän ja valtakunnallisten terveydenhuollon rekisterien välillä katsotaan parantavan rekisteri- ja tilastotietojen laatua, luotettavuutta ja nopeutta. Terveydenhuollon rekisterien tietosisällön laajentaminen ei kuitenkaan ole mahdollista ilman lainsäädännöllisiä muutoksia.

Tavoitteet:

- kaikkien väestöryhmien seksuaali- ja lisääntymisterveyden säännölliseksi seuraamiseksi on luotettavat tiedonkeruumenetelmät ja tilastointitavat. Erityistä huomiota kiinnitetään riittävien tietojen saamiseen sosioekonomisten terveyserojen tunnistamiseksi ja kaventamiseksi seksuaali- ja lisääntymisterveyden osalta.
- sähköisen potilaskertomusjärjestelmän avulla saadaan tarvittavat tiedot myös seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluiden seurantaa, tilastointia, tutkimusta ja kehittämistä varten

Toimenpiteet:

1) Tiedonkeruun tehostaminen

- Stakesin kouluterveyskysely laajennetaan koskemaan toisen asteen ammatillisissa oppilaitoksissa opiskelevia nuoria
- nuorten terveyskyselyihin sisällytetään määrävälein seksuaalista väkivaltaa koskevia kysymyksiä
- KTL:n aikuisväestön terveystäyttyminen –kyselyn yhteydessä aletaan kerätä tietoa ehkäisymenetelmien käytöstä
- Stakes kehittää sikiöseulontojen tilastointia
- imetyksen tilastointi aloitetaan
- perustettavaksi ehdotettu seksuaali- ja lisääntymisterveyden jaosto (kts. luku 17) seuraa tiedonkeruun kokonaisuutta ja arvioi sen ajantasaisuutta.

2) Raportoinnin ja sen hyödynnettävyyden kehittäminen

- kouluterveyskyselyn seksuaaliterveyttä koskevat osiot analysoidaan ja raportoidaan säännöllisesti määrävälein Stakesin ja asiantuntijakeskuksen yhteistyönä
- seksuaali- ja lisääntymisterveyden asiantuntijakeskus laatii joka toinen vuosi seksuaali- ja lisääntymisterveydestä kokoavan ajankohtaiskatsauksen. Vastaavat tiedot raportoidaan joka neljäs vuosi eduskunnalle annettavassa sosiaali- ja terveyskertomuksessa
- KTL raportoi anturikeskusten kautta saadut keskeiset tiedot sukupuolitautitilanteesta säännöllisesti.
- KTL kokoaa laboratorioilmoituksista säännöllisin väliajoin tehtyjen klamydiatestiä määrän ja raportoi ilmoitetut uudet tautitapaukset suhteutettuna testien määrään.
- tilastoviranomaiset tehostavat raportointia alueellisiin tarpeisiin siten, että tiedonantajapalaute annetaan alueellisia yksiköitä parhaiten palvelevalla tavalla
- sairaanhoitopiirit ja terveyskeskukset hyödyntävät säännöllisesti olemassa olevia Stakesin, KTL:n ja Tilastokeskuksen tilastotietoja oman alueensa seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämiseksi
- Stakesin SAMPO-hankeessa otetaan seksuaali- ja lisääntymisterveys omaksi kokonaisuudekseen kehitettäessä tilastotuotteiden koonteja kuntien, sairaanhoitopiirien ja koko maan näkökulmasta

3) Seuraintindikaattoreiden kehittäminen

- tilastoviranomaiset kehittävät seuraintindikaattoreita kansallisiin alueellisiin ja paikallisiin tarpeisiin kansainvälisen kehityksen huomioiden
- perustettavaksi ehdotettu seksuaali- ja lisääntymisterveyden jaosto (kts. luku 17) seuraa indikaattoreiden ajantasaisuutta ja tekee ehdotuksia niiden kehittämisestä

4) Sähköisen potilaskertomusjärjestelmän kehittäminen

- keskeiset seksuaali- ja lisääntymisterveyttä koskevat tiedot määritellään sähköistä potilaskertomusjärjestelmää varten rakenteisesti siten, että tiedoista on mahdollista koota paikallisia ja kansallisia tilastoja

LÄHTEET:

- A 948/1973. Asetus kuolemansyyn selvittämisestä. Valtion säädöstötietopankki.
Luettavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1973/19730948>. Luettu: 29.12.2006.
- A 786/1986. Tartuntatautiasetus. Valtion säädöstötietopankki.
Luettavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1986/19860786>. Luettu 29.12.2006.
- A 774/1989. Asetus terveydenhuollon valtakunnallisista henkilörekistereistä. Valtion säädöstötietopankki. Luettavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1989/19890774>. Luettu 29.12.2006.
- Hämäläinen H, Gissler M. & Muuri A. sekä työryhmä. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietouudistus 2005. Palvelujärjestelmä ja sen toimivuus –ryhmän raportti. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työryhmämuistioita 2003:21. Helsinki, 2003.
- Kansallinen hanke terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. 2005. Sosiaali- ja terveysministeriö. Hankkeita. Päivitetty 12.10.2005.
Luettavissa: <http://www.stm.fi/Resource.phx/hankk/hankt/terveysprojekti.htm>
Luettu 14.7.2006
- L 459/1973. Laki kuolemansyyn selvittämisestä. Valtion säädöstötietopankki.
Luettavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1973/19730459>. Luettu: 29.12.2006.
- L 583/1986. Tartuntatautilaki. Valtion säädöstötietopankki.
Luettavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1986/19860583>. Luettu 29.12.2006.
- L 556/1989. Laki terveydenhuollon valtakunnallisista henkilörekistereistä. Valtion säädöstötietopankki. Luettavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1989/19890556>. Luettu: 29.12.2006.
- L 523/1999. Henkilötietolaki. Valtion säädöstötietopankki.
Luettavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1999/19990523>. Luettu: 29.12.2006.
- L 928/2005. Laki kansanterveyslain muuttamisesta. Valtion säädöstötietopankki.
Luettavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2005/20050928>. Luettu 29.12.2006.
- STM. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2004-2007. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2003:20. Helsinki, 2004.

16 SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYDEN TUTKIMUS

16.1 Seksuaali- ja lisääntymisterveys tutkimusalana Suomessa

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden tutkimuskenttä ei ole määriteltävissä yksiselitteisesti käsitteen laaja-alaisuuden ja erilaisten rajaamistapojen vuoksi. Seksuaaliterveyden tutkimus on monitieteellistä ja sitä voidaan lähestyä seksologian alan määrittelyn kautta. Seksologia sisältää muun muassa terveystieteitä, yhteiskuntatieteitä, käyttäytymistieteitä, kulttuurin ja viestinnän tutkimusta jne. Lisääntymisterveys voidaan keinotekoisesti rajata raskauteen, synnytykseen ja hedelmällisyyteen liittyviin asioihin, mutta siitä huolimatta päällekkäisyys seksuaaliterveyden kanssa on ilmeinen.

Seksuaaliterveyden tutkimuksesta vaikea saada kattavaa kuvaa, koska julkaisuja tuotetaan useilla tieteenaloilla. Yhtenäistä hakusanakäytäntöä ei ole ja hakutulokset jäävät helposti puutteelliseksi. Vuoden 2000 jälkeen eri ulkomaisten ja kotimaisten julkaisujen tietokannoista tehdyn haun perusteella suomalaisten tekijöiden nimikkeitä löytyi runsaat 70 (Osmo Kontula, seksuaaliterveyden jaoston kokous 1.11.2006).

Yliopistot ja ammattikorkeakoulut

Lisääntymisterveyden kliininen tutkimus on perinteistä lääketieteellistä tutkimusta. Alan suomalaista tutkimusta on julkaistu runsaasti niin kansainvälisissä kuin kotimaisissa lehdissä. Lisääntymisterveyden kliininen tutkimus sijoittuu yliopistoissa ja erikoissairaanhoidossa selkeästi naisten tautien ja synnytysten oppialaan, jonka piirissä tehdään valtaosa alan tutkimustyöstä.

Seksuaaliterveyteen liittyvää tutkimusta on tehty eniten terveystieteiden ja yhteiskuntatieteiden tieteenaloilla. Tutkimusyhteistyötä tarvittaisiin enemmän mm. kasvatustieteiden, psykologian ja viestinnän tutkimuksen kanssa. Suomessa on jo vakiintunutta, usein yliopistojen ja tutkimuslaitosten yhteistyönä tehtyä seksuaaliterveyden tutkimusta, jonka kautta saadaan jatkuvasti seurantalunonteista tietoa muun muassa väestön seksuaalikäyttäytymisestä (FINSEX/ Väestöntutkimuslaitos, kouluterveyskysely/Stakes, WHO-koululaistutkimus/JyY) ja ehkäisypillereiden käytöstä (Nuorten terveystapatutkimus/TaY, aikuisväestön terveyskäyttäytyminen/KTL). KTL:n ja yliopistojen yhteistyönä toteutettava HPV-rokotetutkimus on viime vuosien suurimpia tutkimushankkeita seksuaaliterveyden aihealueella.

Hoitotieteen piirissä on tehty seksuaali- ja lisääntymisterveyden aiheista laadullista (kvalitatiivista) tutkimusta. Hoitotieteen tutkijat osallistuvat myös pohjoismaiseen ”Barnfödande i Norden” –tutkijaverkostoon. Laadullista tutkimusta tarvittaisiin kaikkiaan enemmän seksuaali- ja lisääntymisterveyden aihepiirin ilmiöiden syvällisempään ymmärtämiseen.

Ammattikorkeakouluissa tehdään paljon seksuaali- ja lisääntymisterveyden palvelujärjestelmään ja asiakastyöhön suuntautuvia selvityksiä opinnäytteinä ja työelämän yhteistyöhankkeina.

Stakes

Stakesissa tehdään lisääntymisterveyteen liittyvää tutkimusta terveydenhuollon tulosalueen ”Käytäntöjen tutkimus” –ryhmässä, joka tutkii muun muassa lisääntymisterveyden palvelujärjestelmiä.

Stakesissa on tehty kansainvälisesti merkittävää epidemiologista ja terveydenhuoltoa koskevaa tutkimusta. Suuri osa tästä on ollut rekistereihin pohjautuvaa. Stakesin lisääntymisterveyttä koskevat rekisterit ovat olleet tietolähteenä myös suurelle joukolle tutkimuksia, jotka on tehty Stakesin ulkopuolella tai yhteistyössä Stakesin kanssa.

Hyvinvointi –tulosalueella on toteutettu pienimuotoisia seksuaaliterveyden edistämisen tutkimushankkeita ja selvityksiä. Nuorten seksuaalikäyttäytymiseen liittyvää tietoa saadaan vuosittaisesta kouluterveyskyselystä, ja joitain perustietoja julkaistaan Stakesin verkkosivuilla. Kertyneen tiedon yksityiskohtaisempaan analysointiin ja raportointiin ei ole ollut resursseja.

Stakesin sisällä seksuaali- ja lisääntymisterveyden alueella toimivat tutkijat ja muu henkilöstö ovat verkostoituneet ja järjestävät säännöllisiä tapaamisia, joissa toimintaa suunnitellaan ja koordinoidaan.

Kansanterveyslaitos

Kansanterveyslaitos toteuttaa laajaan seurantatietoon ja sen rekisteriyhdistämiseen perustuvaa tutkimusta klamydiainfektioiden riskitekijöistä, epidemiologiasta ja pitkäaikaisvaikutuksista sekä käynnistää yläasteikäisen paikkakuntasatunnaistetun papilloomavirusrokotustutkimuksen. Kansanterveyslaitoksella toteutetaan Aikuisväestön terveyskäyttäytymistutkimus vuosittain postikyselynä, FINRISKI-tutkimus viiden vuoden välein ja laaja terveystutkimus 10-15 vuoden välein (Mini Suomi, Terveys 2000). FINRISKI ja Terveys 2000 tutkimuksissa on ollut erillinen lisääntymisterveysosio. Tämä mahdollistaa lisääntymisterveyteen liittyvien asioiden seurannan väestötasolla.

Työterveyslaitos

Työterveyslaitos on monitieteinen tutkimus- ja asiantuntijalaitos, joka toimii kuudella paikkakunnalla sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnonalalla. Tavoitteena on, että työelämä on terveellistä ja turvallista koko työuran ajan. Työtoksikologian alalla tutkitaan muun muassa työn vaikutuksia raskauksiin ja keskenmenoihin. Työhyvinvoinnin aihepiireihin kuuluvat mm. sukupuolinen syrjintä ja seksuaalinen häirintä työpaikoilla, josta työterveyslaitos on tehnyt tutkimusta ja laatinut ohjeita työpaikoille.

Muu toiminta

Stakesin ja Kansanterveyslaitoksen tutkijaverkostojen (kts. edellä) lisäksi löyhemmin organisoituneita seksuaali- ja lisääntymisterveyden tutkijaverkostoja on Sosiaalilääketieteen yhdistyksellä (lisääntymisterveyden jaos) ja Suomen Seksologisella Seuralla (tutkimusjaosto). Nuorisotutkimusverkostossa ei ole tällä hetkellä suoranaisesti seksuaali- ja lisääntymisterveyden tutkijoita, mutta verkostossa tehdään aihepiiriä sivuavaa gender -tutkimusta.

16.2 Seksuaali- ja lisääntymisterveyden tutkimuksen haasteet

Seksologialla tai seksuaaliterveydellä ei ole yhtään opetusvirkaa yliopistolaitoksessa, minkä vuoksi myöskään tutkimuksella ei ole yliopistollista ”kotipesää”. Tutkimusrahoituksen saaminen on lähes mahdotonta ilman tutkijoiden taustaorganisaatiota. Alan monitieteisyys vaikeuttaa myös osaltaan sijoittumista minkään olemassa olevan yliopistollisen oppialan suojiin.

Seksologian ja seksuaaliterveyden tutkijat ovat sivutoimisia ja hajallaan eri yliopistoissa ja ammattikorkeakouluissa sekä sektoritutkimuslaitoksilla, mistä aiheutuu yhteistyön, koordinaation ja jatkuvuuden puute. Alalla ei ole järjestelmällistä verkostoitumista, ja esimerkiksi yhtään eri toimijoiden tuottamaa tutkijakoulua tai tutkimusohjelmaa ei ole käynnissä.

Korkealaatuisten terveydenhuollon rekistereidemme tietoja yhdistämällä on mahdollista saada suuriin aineistoihin perustuvaa, kansainvälisestikin ainutlaatuista tutkimustietoa. Tätä mahdollisuutta on jo hyödynnettykin, mutta rekisteritietojen yhdistämistä voitaisiin hyödyntää vielä nykyistä tehokkaammin ja monipuolisemmin.

Toimintaohjelman laatimisen myötä on noussut esille useita seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen kannalta tärkeitä aiheita, joista tietoa puuttuu siitä huolimatta, että tieto on luonteeltaan perustavaa laatua tai koskee suuria väestöryhmiä. Tutkimusaiheita on koottu taulukkoon 16.1.

Taulukko 16.1. Esimerkkejä seksuaali- ja lisääntymisterveyden aiheista, joista tutkimustieto on puutteellista

<ul style="list-style-type: none">• seksuaali- ja lisääntymisterveyden sosioekonomiset erot• seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvä palvelutarve ja palveluiden saatavuus• palvelujärjestelmän ja palveluketjujen toimivuus ja kustannusvaikuttavuus• erityisryhmien palvelutarpeisiin vastaaminen äitiyshuollossa• lääkäreiden ja terveydenhoitajien/kätilöiden työnjaon kehittäminen seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluissa• väestön seksuaalinen hyvinvointi ja parisuhteet• seksuaaliasenteiden muutokset• aikuisväestön seksuaaliterveystiedot	<ul style="list-style-type: none">• mediakulttuurin vaikutukset seksuaalikäyttäytymiseen ja -terveyteen• seksuaalisen väkivallan yleisyys• ehkäisymenetelmien käytön trendit• suunnitellun perhekoon ja lasten syntymän ajoituksen toteutuminen• synnytyspelkojen ehkäisyn ja hoidon vaikuttavuus• synnytyksen jälkeisen masennuksen ehkäisyn ja hoidon vaikuttavuus• perhevalmennuksen vaikuttavuus• episiotomian välttäminen ja välilihan tukeminen• imetyksen tukemisen hoitokäytännöt
---	---

16.3 Seksuaali- ja lisääntymisterveyden tutkimuksen rahoitus

Terveystieteellinen tutkimusrahoitus

Seksuaali- ja lisääntymisterveyttä ei mainita erikseen Terveys 2015 –ohjelmassa tai sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmassa 2004–2007. Seksuaali- ja lisääntymisterveys liittyy kuitenkin läheisesti moniin teemoihin, joita on haluttu painottaa viime vuosien suomalaisen yhteiskunnan tavoitteenasettelussa kuten syrjäytymisen ehkäiseminen, lasten ja nuorten terveyden edistäminen ja väkivallan vähentäminen. Ruotsissa seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen on yksi kansanterveysohjelman 11 nimetystä aihealueesta.

Tutkimusrahoituksen näkökulmasta seksuaali- ja lisääntymisterveyden ongelma on, että aihepiiriin yhteyttä terveyden ja hyvinvoinnin kokonaiskenttään ei vielä mielletä. Terveyden edistäminen on pitkään rajattu perinteisiin aiheisiin kuten tupakointiin, päihteiden käyttöön, ylipainoon, liikuntaan jne. Seksuaaliterveyttä edistävä käyttäytyminen on vastaavalla tavalla oma aihealueensa, jolla on yhtymäkohtansa muihin terveystapoihin sekä sosioekonomisiin taustatekijöihin. Viime vuosina se on alkanutkin näkyä erilaisten ehkäisevän terveydenhuollon oppaiden ja terveyden edistämisen laatusuosituksen sisällöissä samoin kuin terveyden edistämisen määrärahoja koskevassa hakuohjeessa. Kuitenkaan terveydenhuollon tutkimukseen suunnatuissa tutkimusohjelmissa seksuaali- ja lisääntymisterveyden aihealuetta ei ole toistaiseksi missään nimetty erikseen. Se ei kuulu myöskään minkään säätiön erikseen nimettyihin rahoituskohteisiin.

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden tutkimuksen eri lähteistä saamasta rahoituksesta ei ole tehty selvityksiä. Seksuaaliterveyteen liittyvää tutkimusta ja kehittämistyötä on jossain määrin rahoitettu Terveyden edistämisen määrärahoista. Olettavasti pääosa rahoituksesta tulee terveystieteellisen tutkimuksen piiristä. Erityisesti lisääntymisterveyden kliininen tutkimus on vahvasti painottunut erikoissairaanhoidon ja rahoitus tulee siten samoista lähteistä kuin erikoissairaanhoidon muukin tutkimusrahoitus.

Terveystieteellisen tutkimuksen tärkeimmät rahoituslähteet ovat terveydenhuollon yksiköille maksettava korvaus tutkimustyöstä eli erityisvaltionosuus (ns. tutkimus-EVO), josta osa kuluu tutkimuksen infrastruktuurin ylläpitämiseen ja vain osa (25–50 %) on kilpailutettavaa tutkimusrahoitusta (STM 2006).

Seksuaaliterveyden edistäminen on pääosin kunnissa ja perusterveydenhuollossa toteutettavaa työtä, joten sen tutkimusrahoitusta olisi paikannuttava myös sinne. Terveyskeskusten on ollut mahdollista saada tutkimus-EVOa vuodesta 2000 lähtien. Vuoden 2004 asetusmuutoksella (10/2004) yliopistosairaalat velvoitettiin ohjaamaan vähintään 10 % saamastaan tutkimus-EVOsta tutkimus- ja hoitomenetelmien vaikuttavuutta ja kustannusvaikuttavuutta sekä terveyspalvelujärjestelmän, erityisesti terveyskeskusten, toimintaa koskevaan tutkimukseen. Vuonna 2006 terveyskeskusten saama osuus koko tutkimus-EVOsta oli 3,7 % (STM 2006) ja summa menee vain pienelle osalle terveyskeskuksista (Matti ja Mäkelä 2005). Valtion tarkastusviraston mukaan EVO-korvausta ei käytetä aina säännösten edellyttämällä tavalla, mikä näkyy erityisesti terveyspalvelujärjestelmään kohdistuvan tutkimuksen vähäisyytenä (STM 2005). Muun muassa tämän vuoksi koko EVO-järjestelmän ja jakoperusteiden uudistus on parhaillaan meneillään.

Sairaanhoitopiireissä EVO:n lisäksi rahaa tulee ulkopuolisilta tahoilta, joista tärkeimpiä ovat yksityiset säätiöt, Tekes, Suomen Akatemia, Euroopan Unioni, teollisuus ja ulkomaiset tutkimusrahoittajat. (STM 2005). Keskeisillä terveystieteellisen tutkimuksen rahoittajilla on kullakin käynnissä mittava terveydenhuoltoon kohdistuva monivuotinen tutkimusohjelma (Sitra: Terveydenhuollon ohjelma 2004–2009, Tekes: terveydenhuollon tiedeteknologiaohjelma FinnWell, Suomen Akatemia: Terveydenhuoltotutkimuksen ohjelma TERTTU 2004–2007). Rahoitusta ohjautuu jonkin verran myös perusterveydenhuollon tutkimukseen, mutta määrää on mahdoton arvioida (Matti ja Mäkelä 2005). Monivuotisista tutkimusohjelmista tiettävästi vain TERTTU -ohjelmassa on selvästi seksuaaliterveyspalveluihin liittyvä tutkimus osana isompaa konsortiotutkimushanketta (PERTTU, Perusterveydenhuollon tutkimuskonsortio, Tampereen yliopisto).

Muiden tieteenalojen seksuaaliterveyteen suuntaama tutkimusrahoitus

Seksuaaliterveyden edistäminen edellyttää tutkimusta myös terveystieteiden ulkopuolella tai vähintään tutkimusyhteistyötä eri tieteenalojen ja eri tutkimusorganisaatioiden välillä. Tällä tavoin toteutetun tutkimuksen rahoituskanavista tai -määristä ei ole olemassa kokonaiskuvaa.

Kansainvälinen tutkimusyhteistyö

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden alueella ei ole Euroopassa tutkimuskeskusta tai vastaavaa, joka pitkäjänteisemmin kehittäisi ja koordinoisi eurooppalaista tutkimusyhteistyötä. Suomalaisilla yliopistoilla ja valtion tutkimuslaitoksilla on kuitenkin hankekohtaista kansainvälistä tutkimusyhteistyötä esim. Virossa ja Pietarin alueella. Stakes koordinoi Kiinan maaseudun äitiyshuoltoa tutkivaa EU -hanketta ja äitiyshuollon hanke on meneillään myös Mosambikissa. Stakesin ulkomaanavun yksikön hankkeissa HIV/AIDS ja sukupuolitautien torjunta on ollut keskeinen aihe Luoteis-Venäjän projektissa ja Barentsin alueen projekti keskittyy kokonaan HIV/AIDS-teemaan (<http://idc.stakes.fi/EN/index.htm>). Ulkoministeriö on viime vuosina rahoittanut kehitysmaissa erityisesti äitiyshuoltoon liittyvää tutkimus- ja kehittämistoimintaa.

Tavoitteet:

- seksuaaliterveyden tutkimustarpeet tunnistetaan (esim. tutkimusohjelmassa) ja tietoa niistä levitetään yliopistojen laitoksille ja ammattikorkeakouluille
- seksuaali- ja lisääntymisterveys tutkimusalan vahvistuu ja sille luodaan rakenteet

Toimenpiteet:

- 1) seksuaalikäyttäytyminen tunnistetaan yhdeksi terveyteen vaikuttavaksi tekijäksi ja seksuaaliterveyden tutkimus tunnustetaan osaksi terveyttä edistävää tutkimusta
- 2) seksuaali- ja lisääntymisterveyden aspektit huomioidaan Terveys 2015 –ohjelman mukaisissa tutkimus- ja hankerahoituksissa nuorten terveyden edistämiseksi ja sosioekonomisten terveyserojen kaventamiseksi
- 3) seksuaaliterveyden tutkijoiden kansallista verkostoitumista ja tutkimusperinteen kehittymistä tuetaan rahoittamalla tutkijakoulua ja/tai perustamalla tutkimusohjelma
- 4) olemassa olevien seksuaali- ja lisääntymisterveyden tutkijaverkostojen yhteistyötä tiivistetään ja koordinoidaan sekä kotimaisen kertyvän tutkimustiedon hyödynnettävyyttä parannetaan
 - seksuaali- ja lisääntymisterveyden asiantuntijakeskus (kts. luku 17) koordinoi alan tutkijoiden yhteistyötä
 - seksuaali- ja lisääntymisterveyden asiantuntijakeskus seuraa ja luettelee alalta julkaistavan kotimaisen tutkimuksen
- 6) korkealaatuisten rekistereiden tuottaman tiedon hyödyntämistä (erityisesti eri rekistereiden tietoja yhdistämällä) tehostetaan suuntaamalla siihen riittävät voimavarat
- 7) tutkimus- ja kehittämistoiminnan EVO-rahoitus pidetään riittävänä ja varmistetaan, että perusterveydenhuollon palveluiden tutkimukseen ja terveydenhuoltotutkimukseen (seksuaali- ja lisääntymisterveyden palvelut mukaan lukien) suunnataan varoja palveluiden uudistamisen ja toimintaohjelman toteutumisen seuraamiseksi
- 8) kansainvälinen yhteistyö
 - seksuaali- ja lisääntymisterveyden asiantuntijakeskus seuraa alan kansainvälistä tutkimusta
 - kansainvälistä tutkimusyhteistyötä lisätään

LÄHTEET:

Mattila J, Mäkelä M. Tutkimustoiminta terveyskeskuksissa: nykytila ja tulevaisuus.

STM:n työryhmämuistioita 2005:4.

STM. Valtion korvaus terveydenhuollon toimintayksiköille tutkimukseen ja koulutukseen. Järjestelmän ja rahoituksen kehittäminen. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2005:10. Helsinki, 2005.

STM. Evo-tutkimusrahoituksen jakoperusteiden uudistaminen. Työryhmän raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:34. Helsinki, 2006.

Stakes: <http://idc.stakes.fi/EN/Policy/barents/policybarents.htm>

17 TYÖNJAON, YHTEISTYÖN JA KOORDINOINNIN KEHITTÄMINEN

17.1 Työnjako ja vastuut kansallisella tasolla

Sosiaali- ja terveysministeriö ja sen alaiset laitokset

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) ohjaa seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämistä ja palveluja tämän toimintaohjelman ohella lainsäädännön, sosiaali- ja terveystieteiden strategioiden, oppaiden ja laatusuosituksen avulla. Seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyviä aihekokonaisuuksia ovat muun muassa terveyden edistäminen, tartuntatautien ehkäiseminen, perhepolitiikan kehittäminen, varhaiskasvatuksen linjaaminen, lähi- ja parisuhdeväkivallan ehkäiseminen sekä palvelujärjestelmän kehittäminen. Kansallinen terveydenhuoltohanke, Sosiaalialan kehittämishanke sekä Kunta- ja palvelurakennemuutos vaikuttavat myös seksuaali- ja lisääntymisterveyden palvelujen rakenteeseen ja järjestämiseen. Kansainvälistä yhteistyötä tehdään mm. WHO:n, EU:n ja YK:n kanssa. Ministeriön alaiset neuvottelukunnat kuten Kansanterveyden neuvottelukunta, Varhaiskasvatuksen neuvottelukunta ja Lapsiasiain neuvottelukunta käsittelevät tehtäväksiäntönsä puitteissa väestön terveyteen ja hyvinvointiin liittyviä kysymyksiä.

STM ohjaa Stakesia, Kansanterveyslaitosta, Työterveyslaitosta, Terveystieteiden oikeusturvakeskusta, lääninhallituksia sekä muita hallinnonalaansa virastoja ja laitoksia vuosittain laadittavilla tulossopimuksilla. Niissä sovitaan pidemmän ja lyhyemmän aikavälin tulostavoitteet ja voimavarat.

Kansanterveyslaitoksen (KTL) tehtävänä on seurata, valvoa ja tutkia väestön terveyttä ja sairauksien yleisyyttä sekä osallistua väestön terveyden edistämiseksi tarvittavaan selvitys- ja keilutoimintaan. Keskeisiä toiminta-alueita ovat tutkimus, asiantuntijatoiminta, kansanterveyden seuranta sekä palvelu- ja referenssilaboratoriot. KTL vastaa siitä, että päätöksentekijöillä, eri alojen ammattilaisilla ja kansalaisilla on käytössään paras mahdollinen tieto valintojensa tueksi (www.ktl.fi/Esittely). KTL liitettiin vuonna 2005 kansanterveyslaissa tarkoitettuihin asiantuntijavirastoihin, joten sen kuntiin suuntautuva toiminta lisääntyy.

Kansanterveyslaitos perusti vuonna 2006 Oulun toimipisteeseensä Nuorten seksuaaliterveyden yksikön, joka toimii osana vuoden 2007 alusta käynnistynyttä Lasten ja nuorten terveyden osastoa. Uuden yksikön tavoitteena on kokonaisvaltaisesti parantaa nuorten seksuaaliterveyttä. Yksikön toimintaan kuuluu nuorten tyttöjen ja poikien papilloomavirusrokotus 25 paikkakunnalla, klamydiaseulonnan vaikuttavuustutkimus ja nuorten seksuaaliterveysneuvonnan kehittäminen.

Kansanterveyslaitoksen vastuulla ovat seuraavat seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvät tehtävät:

- tartuntatautien seuranta ja torjunta, mm. tartuntatautirekisterin ylläpito (esim. sukupuoliteitse tarttuvat taudit), HPV-rokotetutkimus (nuorten seksuaaliterveyden yksikkö, Oulu) ja alkuraskauden infektiöseulonnat (Neuvolaserologian laboratorio)
- väestön terveyden ja terveyskäyttäytymisen seuranta (Aikuisväestön terveyskäyttäytyminen, FINRISKI, Terveys 2000; Lasten terveysseurantajärjestelmä on kehitteillä). Kuntien tueksi valmistellaan järjestelmää, jonka avulla kunnat voivat seurata kunta-laisten terveyttä väestöryhmittäin
- nuorten seksuaaliterveysneuvonnan kehittäminen

- imetyksen edistäminen, jota varten on vuoden 2006 lopussa perustettu Kansallinen asiantuntijaryhmä, (Lasten ja nuorten terveyden osasto, Oulu)
- terveyden edistämisen kuntayhteistyön vahvistaminen (hyvien käytäntöjen leviämisen tukeminen tiedotuksella, koulutuksella, opaskirjoja tuottamalla ja yhteistyöverkostoja rakentamalla).
- kansalaisen terveystietoportin perustaminen ja ylläpito

Stakesin (Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus) tehtävänä on edistää väestön hyvinvointia ja terveyttä sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen toimivuutta ja arvioida hyvinvointiin ja terveyteen vaikuttavia muutoksia ja hyvinvointipolitiikan seurauksia. Ydintoimintoja ovat tutkimus, kehittäminen ja tietotuotanto.

Seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyen Stakes:

- pitää yllä lisääntymisterveysrekistereitä ja -tilastoja sekä avoterveydenhuollon tilastoja (ks. luku 15)
- seuraa lasten ja nuorten terveyskäyttäytymistä (Kouluterveyskysely),
- toteuttaa lisääntymisterveyteen liittyviä tutkimushankkeita
- edistää seksuaaliterveyttä hankkeiden ja verkostoyhteistyön avulla (terveys-, sosiaali- ja opetustoimen ammattihenkilöstön yhteistyön ja osaamisen vahvistaminen)
- tekee yhteistyössä Puolustusvoimien kanssa asevelvollisten terveyskyselyä (mm. seksuaali- ja lisääntymisterveyden aiheista)
- laatii palveluiden laatukriteerejä
- kehittää palveluiden ja terveyden edistämisen vertaisarviointia (benchmarking)
- kehittää terveyden edistämisen paikallisia rakenteita ja johtamista (TEJO)
- välittää tietoa julkaisutoiminnallaan, verkkosivuillaan ja vuosittain järjestämillään tapahtumilla (Kouluterveyspäivät, Terve Kunta –päivät ja TerveSOS –tapahtuma)
- monissa kehittämishankkeissa sivutaan seksuaali- ja lisääntymisterveyttä esim. Varttua hanke, varhaisen puuttumisen menetelmien kehittäminen (VARPU), PERHE -hanke, Aikalisä -hanke)

FinOHTA on Stakesissa toimiva terveydenhuollon menetelmien arviointiyksikkö. Sen tavoitteena on edistää hyvien ja tieteelliseen näyttöön perustuvien menetelmien käyttöä Suomessa ja näin kehittää terveydenhuollon tehokkuutta ja vaikuttavuutta. Finohta välittää kotimaisen ja kansainvälisen arviointitutkimuksen tuloksia ja kokemuksia neljän julkaisusarjan avulla.

Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen (TEO) tehtävänä on osaltaan ylläpitää ja edistää potilasturvallisuutta sekä huolehtia terveyspalveluiden laadusta. TEO pitää yllä terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskusrekisteriä, valvoo terveydenhuollon ammattihenkilöitä ja vuodesta 2006 lähtien myös terveydenhuollon organisaatioita. Osa raskauden keskeyttämistä ja sterilointia koskevista päätöksistä on säädetty ko. laeissa TEO:n tehtäviksi.

Työterveyslaitos on monitieteinen tutkimus- ja asiantuntijalaitos, joka toimii kuudella paikalla kunnalla sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnonalalla. Tavoitteena on, että työelämä on terveellistä ja turvallista koko työuran ajan. Työhyvinvoinnin piiriin kuuluvia teemoja ovat mm. sukupuolisen syrjinnän ja seksuaalisen häirinnän ehkäisy työpaikoilla, joista aiheista työterveyslaitos on tehnyt tutkimusta ja laatinut ohjeita työpaikoille.

Opetusministeriön hallinnonala

Opetusministeriön (OPM) vastuulla ovat yliopistojen ja ammattikorkeakoulujen antama koulutus sekä ammatillinen koulutus. Opetusministeriö vastaa siten lähes kokonaisuudessaan sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten tutkinto- ja peruskoulutuksesta.

Valtioneuvosto hyväksyy joka neljäs vuosi suunnitelman opetusministeriön hallinnonalan koulutuksen ja yliopistoissa harjoitettavan tutkimuksen kehittämisestä (Opetusministeriö 2004). Sekä yliopistot että ammattikorkeakoulut ovat sisäisessä päätöksenteossaan itsenäisiä. Molemmat käyvät opetusministeriön kanssa tulosneuvottelut, joiden pohjalta tehdään kolmivuotiset tulossovimukset. Niissä sovitaan toiminnallisista ja määrällisistä tavoitteista, määrärahoista, seurannasta ja arvioinnista sekä toiminnan kehittämisestä. Vuosittain käytävissä tulosneuvotteluissa sovitaan mm. ammattikorkeakoulujen aloituspaikoista ja hankerahoituksesta. OPM antaa ammattikorkeakouluille suosituksia terveysalan osaamisvaatimuksista (ks. esimerkiksi Opetusministeriö 2006).

Opetushallitus on opetuksen kehittämisvirasto, joka vastaa muun muassa esi- ja perusopetuksen, lukio-opetuksen ja ammatillisen peruskoulutuksen kehittämisestä. Opetushallitus laatii perusopetuksen ja lukion opetussuunnitelmien perusteet, ammatillisten tutkintojen ja näyttötutkintojen perusteet sekä parantaa koulutusta erilaisin kehittämissankkein. Tehtäviin kuuluu myös koulutuksen arviointi, tietopalveluiden tuottaminen ja koulutuksen tukipalvelut (mm. opettajien ja koulutoimen muun henkilökunnan jatkokoulutus).

Valtion elokuvatarkastamo on OPM:n alainen virasto, jonka tehtävä on tarkastaa Suomessa alle 18 -vuotiaalle esitettävät ja levitettävät kuvaohjelmat sekä rekisteröidä muut, tarkastuksen ulkopuolelle jäävät kuvaohjelmat ja vuorovaikutteiset kuvaohjelmat (tietokone- ja videopelit).

Oikeusministeriön hallinnonala

Oikeusministeriö ylläpitää ja kehittää oikeusjärjestystä ja oikeusturvaa sekä huolehtii demokratian rakenteista ja kansalaisten perusoikeuksista. Ministeriön tehtäväalueet ovat yhteydessä seksuaaliterveyden edistämiseen väkivaltaa ja erityisesti seksuaalista väkivaltaa ehkäisevän työn sekä seksuaalirikoksista tuomittujen hoidon ja rikosten uusimisriskin vähentämiseen tähtäävien toimien osalta.

Oikeusministeriössä on valtioneuvoston asettama poikkihallinnollinen *rikosseuraamusalan neuvottelukunta*, joka tehtäväalueena on kriminaalihuollon ja vankeinhoidon kehittäminen ja mm. uusintarikollisuuden vähentäminen. *Rikoksentorjuntaneuvosto* on oikeusministeriön yhteydessä toimiva asiantuntija- ja yhteistyöelin, joka suunnittelee ja toteuttaa toimia rikollisuuden ehkäisemiseksi. Näihin kuuluu muun muassa väkivaltaa ehkäisevä työ mukaan lukien seksuaalisen väkivallan ehkäisy. Rikoksentorjuntaneuvosto on muun muassa valmisteellut kansallisen ohjelman väkivallan vähentämiseksi vuonna 2005.

Rikosseuraamusvirasto on oikeusministeriön alaisuudessa toimiva keskusvirasto, joka vastaa yhdyskuntaseuraamusten ja vankeusrangaistusten täytäntöönpanon johtamisesta ja kehittämisestä. Viraston alaisuudessa toimii vankeinhoitolaitos, joka vastaa muun muassa seksuaalirikollisten hoidosta ja uusintarikollisuuteen tähtäävistä toimista.

Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos on oikeusministeriön alainen tutkimuslaitos, jolla on päävastuu rikollisuuden määrää, laatua ja kehitystä koskevan tiedon tuottamisesta. Laitos tuottaa vuosittaisen yhteenvedon rikollisuustilanteesta, jossa on eriteltyinä yhteenvedot raiskauksista, lapsiin

ja nuoriin kohdistuneista seksuaalirikoksista ja muista seksuaalirikoksista. Tulossopimuksessa sovitaan tutkimushankkeista, jotka viime vuosina ovat kohdistuneet muun muassa väkivaltarikollisuuteen.

Muut hallinnonalat

Sisäministeriö vastaa aluehallintoon ja valtion paikallishallintoon liittyvien tehtäviensä ohella muun muassa yleisen järjestyksen ja turvallisuuden ylläpitämisestä. Sisäasiainministeriössä toimii poliisin ylin johto eli poliisiosasto. Sen alaisuudessa toimivat muun muassa poliisin lääninjohdot, poliisin valtakunnalliset yksiköt ja poliisioppilaitokset. Seksuaalisen väkivallan ja hyväksikäytön tutkimukset kuuluvat ensisijaisesti poliisin virkatehtäviin, mutta niissä tarvitaan kiinteää yhteistyötä sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisten kanssa sekä kansallisella että paikallisella tasolla.

Työministeriö kehittää työelämän toimivuutta ja edistää työllisyyttä. Tavoitteena on alentaa rakenteellista työttömyyttä, torjua syrjäytymistä sekä varmistaa osaavan työvoiman saatavuus. Työministeriö vastaa työ- ja maahanmuuttopolitiikan linjauksista ja toimeenpanosta, rasismin ehkäisystä ja hyvien etnisten suhteiden edistämisestä sekä yhdenvertaisuuslain toimeenpanon ohjauksesta. Työministeriön alaisuudessa toimii Euroopan sosiaalirahaston Equal -hanke, jonka tarkoituksena on torjua muun muassa sukupuoleen tai etniseen alkuperään liittyvää syrjintää työmarkkinoilla. Lisäksi ministeriö hallinnoi SEIS -projektia (Suomi Eteenpäin Ilman Syrjintää), joka edistää syrjimättömyyttä mm. tiedottamalla ja kouluttamalla.

Puolustusministeriö vastaa muun muassa puolustusvoimista ja asevelvollisille annettavasta terveystarkastuksesta seksuaalikasvatus mukaan lukien. Palvelukseen astuville tehdään vuosittain varusmiesten terveyskysely, jossa on kysymyksiä myös seksuaali- ja lisääntymisterveydestä.

Kuntaliitto

Kuntaliiton tehtävänä on edistää kuntien ja kuntayhtymien toimintaedellytyksiä, yhteistyötä ja elinvoimaa asukkaiden hyväksi. Tavoitteena on lisätä kaikkien palvelujen, myös sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottavuutta, saavutettavuutta ja vaikuttavuutta sekä turvata palvelut koko maassa. Kuntaliitto on mukana luomassa sähköistä potilaskertomusjärjestelmää, jolla on keskeinen merkitys muun muassa seksuaali- ja lisääntymisterveyden palveluiden kehittämisessä.

Suomen evankelisluterilainen kirkko

Kirkon toiminnoista seksuaali- ja lisääntymisterveyteen painottuvat sen rippikouluhankkeet, perheneuvonnan kehittäminen ja "Väkivallasta sovintoon" -projekti vuoteen 2010. Perhekasvatuksessa tärkein projekti on 18–25 -vuotiaille seurusteleville, avo- tai avioliitossa eläville tarkoitettu ihmissuhdekurssi.

Terveysten edistämisen keskus

Terveysten edistämisen keskuksen (Tekry) toiminnan tavoitteena on terveyden edistämisen ja ehkäisevän työn aseman vahvistaminen yhteiskunnan eri aloilla terveys kaikissa politiikoissa –ajattelun mukaisesti. Tekryn jäsenenä on 124 kansalais- ja potilasjärjestöä. Terveysten edistämisen viestintä on Tekryn keskeisiä tehtäväalueita, ja se tekee yhteistyötä kansalaisen terveystietoportin kanssa sisältöjen tuotannossa.

Kolmas sektori

Kolmannella sektorilla on suuri määrä yhdistyksiä ja järjestöjä, joilla on seksuaaliterveyteen liittyviä toimintoja. Kolmannella sektorilla on muun muassa asiakastyötä, väestölle ja ammattilaisille suunnattua informaatiotuotantoa ja verkkopalveluja. Osa toiminnoista on paikallista, osa alueellista tai valtakunnallista. Yhteenvedo kolmannen sektorin seksuaaliterveyden edistämiseen liittyvistä toiminnoista esitetään liitteessä 2.

Ammattijärjestöt

Edunvalvonnan ohella sosiaali- ja terveydenhuollon ja alan koulutuksen ammattijärjestöt kehittävät ammattikäytäntöjä ja järjestävät täydennyskoulutusta.

17.2 Kansallisen työnjaon, koordinaation ja yhteistyön kehittäminen

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen keskeisiä toimijoita ovat sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, KTL ja Stakes sekä OPM ja OPH ja lukuisat järjestöt. Niiden välinen yhteistyö on ollut seksuaali- ja lisääntymisterveyskysymyksissä satunnaista. Keskeinen puute on kokonaisvastuun ja koordinaation puute, sillä seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen kehittäminen edellyttää useiden hallinnonalojen säännöllistä yhteistyötä. Myös kolmannella sektorilla on merkittävää kokemusta muun muassa sellaisten seksuaali- ja lisääntymisterveyden palvelujen tuotannosta, jotka ovat julkisella sektorilla heikosti kehittyneitä. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden alueella on olemassa ja kehittymässä kansallisia verkostoja, mutta ne keskittyvät yleensä yhden kapean osa-alueen ympärille. Verkostoissa oleva tieto ja osaaminen eivät kohtaa toisiaan, jolloin monesti tehdään päällekkäistä työtä ja menetetään erilaisen asiantuntemuksen yhdistämisen tuoma synergia. Myös työnjako esimerkiksi tutkimus- ja kehittämistyön johtamisessa on joiltain osin epäselvä. Lisäksi on tärkeitäkin tehtäväalueita, joista vastuutus puuttuu kokonaan. Esimerkkejä näistä alueista ovat joukkoviestimien avulla toteutettu väestöinformaatio, väestökampanjojen suunnittelu ja toteutus sekä palveluiden tukimateriaalituotanto.

Kansallisen koordinaation, yhteistyön ja kehittämistoiminnan vahvistamiseksi seksuaali- ja lisääntymisterveydelle tarvitaan sekä kansallinen määrääjain kokoontuva yhteistyöelin että työtä käytännössä toteuttava asiantuntijakeskus. Väestölle suunnattavan informaation tuotannosta vastaavaa tahoja ei ole ollut aiemmin nimettynä lainkaan, mutta jatkossa tämä tehtävä hoituisi luontevasti samassa yhteydessä kansalaisen terveystietoportaalien tietotuotannon kanssa.

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden yhteistyötä ja koordinoitua varten ehdotetaan perustettavaksi oma jaosto sosiaali- ja terveysministeriön yhteydessä toimivan Kansanterveyden neuvottelukunnan alaisuuteen. Jaostossa olisivat edustettuna: STM, OPM, Opetushallitus, Stakes, KTL, Kuntaliitto, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon edustus, kolmannen sektorin edustajat ja Raha-automaattiyhdistys. Jaosto voi aihekohtaisesti kutsua kokoukseen kuultaviksi asiantuntijoita ja muiden hallinnonalojen edustajia esimerkiksi oikeusministeriöstä tai sisäministeriöstä.

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden jaoston tehtävänä olisi:

- seurata ja arvioida seksuaali- ja lisääntymisterveyden ja niihin liittyvien palvelujen kansallista ja kansainvälistä kehitystä
- edistää ja koordinoida eri hallinnonalojen, kuntien, tutkimus- ja koulutuslaitosten, järjestöjen ja muiden tahojen välistä yhteistyötä seksuaali- ja lisääntymisterveyden kehittämiseksi
- tehdä ehdotuksia seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen pitkäjänteiseksi kehittämiseksi
- seurata alan ammattilaisten koulutuskysymyksiä ja edistää yhteistyötä olemassa olevien kouluttajaverkostojen kanssa (ammattikorkeakoulujen terveysalan koulutusjohtajien verkosto, Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto, lääketieteellisten tiedekuntien dekaanikokous) ja tehdä ehdotuksia koulutuksen kehittämiseksi
- toteuttaa muut kansanterveyden neuvottelukunnan antamat tehtävät

Asiantuntijakeskus ehdotetaan perustettavaksi verkostomuotoisena yksikkönä Stakesin ja KTL:n kesken. Asiantuntijakeskuksen tehtäviä olisivat:

- vastualueen valtakunnallinen seuranta ja siitä raportointi seksuaali- ja lisääntymisterveyden jaostolle ja muille toimijoille
- kansainvälisen ja kotimaisen tutkimuksen seuranta ja uusien tutkimustarpeiden kartoitus
- seksuaali- ja lisääntymisterveyden palvelurakenteen uudistamisen arviointi sekä työmenetelmien ja toimintatapojen kehittäminen ja niiden integroiminen terveys- ja sosiaalipalveluihin
- koulutustarpeiden seuraaminen ja ehdotusten tekeminen
- seksuaali- ja lisääntymisterveyden asiantuntijalausuntojen antaminen
- yhteistyö kansalaisen terveystietoportin tietotuotannon kanssa
- väestölle suunnatun kampanjatoiminnan suunnittelu ja käynnistäminen
- yhteistyö seksuaali- ja lisääntymisterveyden jaoston kanssa (mm. esitysten teko käsiteltäviksi aiheiksi)
- yhteydenpito erilaisiin seksuaali- ja lisääntymisterveyden alalla toimivien ammattilaisten verkostoihin ja kolmannen sektorin toimijoihin
- kansainvälinen yhteistyö STM:n kanssa sovittavan tehtäväjaon mukaisesti
- yhteistyö Opetushallituksen kanssa (seksuaaliterveyden edistämisen oppimateriaalin laadunvalvonta)
- yhteistyö seksuaali- ja lisääntymisterveyden tutkijoiden kanssa

Kansalaisen terveystietoportin organisaatio:

- vastaa siitä, että terveystietoporttiin tulee seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvää väestölle suunnattua informaatiota
- tuottaa verkkoon myös sellaista materiaalia, jota voidaan käyttää kunnissa asiakkaille jaettavana materiaalina
- tekee tietotuotannossa yhteistyötä edellä mainittujen seksuaali- ja lisääntymisterveyden jaoston ja asiantuntijakeskuksen kanssa sekä osallistuu jaoston kokouksiin
- tekee tietotuotannossa yhteistyötä kolmannen sektorin kanssa

Tavoitteet kansallisen työnjaon uudistamiselle ja kehittämiselle:

- seksuaali- ja lisääntymisterveyttä ohjataan, kehitetään ja seurataan suunnitelmallisesti ja säännöllisesti kansallisella tasolla
- seksuaali- ja lisääntymisterveyden työnjaosta ja yhteistyöstä on sovittu, kaikki asianosaiset ovat siitä tietoisia ja yhteistyötä tehdään suunnitelmallisesti ja tavoitteellisesti

Toimenpiteet kansallisen työnjaon uudistamiseksi ja kehittämiseksi:

- sosiaali- ja terveysministeriön yhteydessä toimivan kansanterveyden neuvottelukunnan alaisuuteen perustetaan hallinnonalojen yhteistyökysymyksiä ja koordinoitua käsittelevä seksuaali- ja lisääntymisterveyden jaosto
- valtakunnallinen pysyvä asiantuntijakeskus perustetaan Kansanterveyslaitoksen ja Stakesin verkostoyhteistyönä
- väestölle suunnatun seksuaalivalistusmateriaalin tuotanto osoitetaan kansalaisen terveystietoportin organisaatiolle, jonka pysyvät ja riittävät resurssit turvataan. Terveysportin organisaatio tekee yhteistyötä ensimmäisessä ja toisessa kohdassa mainittujen elinten kanssa.

17.3 Alueellisen tason työnjako ja yhteistyö

Alueellisen tason toimijoista ensisijaisia ovat sairaanhoitopiirit ja niitä ylläpitävät kuntayhtymät ja läänihallitukset. Erikoissairaanhoitolain (1062/1989) mukaan sairaanhoitopiirin on huolehdittava alueellaan erikoissairaanhoitopalvelujen yhteensovittamisesta, yhteistyössä terveyskeskusten kanssa kansanterveystyön ja erikoissairaanhoidon toiminnallisesta kokonaisuudesta sekä täydennyskoulutuksesta. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen kehittäminen käsitellään luvussa 14.3. Tartuntatautilain (583/1986) mukaan tartuntatautien vastustamistyön ohjaus kuuluu sairaanhoitopiireille. Lääninhallitusten tehtävänä on terveyspalvelujen ohjaaminen ja valvonta.

Terveystieteiden tutkimuskeskuksen toimintoja ja rakenteita kehitetään Kansallisessa terveydenhuollon hankkeessa, jossa on tavoitteena perusterveydenhuollon järjestäminen seudullisina, toiminnallisina kokonaisuuksina sekä erikoissairaanhoidon toiminnallisen yhteistyön ja työnjaon uudelleen organisointi erityisvastuualueittain (STM 2002). Hankkeen viimeisenä vuonna 2007 keskitytään terveyskeskustoiminnan ja ehkäisevien palvelujen uudistamiseen. Kunta- ja palvelurakennemuutoksen tavoitteena on, että tällä hetkellä kuntien vastuulla olevat palvelut saavat riittävän vahvan

rakenteellisen ja taloudellisen perustan niiden järjestämiseen ja tuottamisen turvaamiseksi tulevaisuudessa. Erityishuoltopiirien organisatorinen asema on muutoksessa. Niiden tulee kuitenkin nittävät erityistä huomiota kehitysvammaisten seksuaalineuvontapalvelujen turvaamiseen palvelurakenteita muutettaessa.

Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon säännöllistä yhteistyötä on luontevasti niissä aihepiireissä, joissa molemmat tasot toimivat jatkuvassa kliinisessä yhteistyössä ja erityisesti silloin, kun erikoissairaanhoidossa on olemassa selkeä kliinisestä työssä vastuussa oleva taho. Esimerkiksi äitiysneuvolan ja synnytysairaalan asiakas on yhteinen, ja ne muodostavat hoitoketjun, jossa toimiva yhteistyö on hyvien hoitotulosten perusta. Äitiyshuollon toimijoiden yhteistyötä on kehitetty myös tiimityön avulla sekä kummikätilötoiminnalla (Liite 11). Pällekkäisiä toimintoja voidaan vähentää yhtenäisillä ja yhdessä luoduilla ja sovitulla hoitokäytännöillä, mitkä edellyttävät sitä, että synnyttäjän tiedot ovat reaaliaikaisesti käytettävissä eri organisaatioissa ja että yhteisestä hoito- ja ohjauskäytännöistä on aina usin tieto saatavissa (Kouri ym. 2001).

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyö on vakiintumatonta niillä tehtäväalueilla, jotka ovat monialaisia eivätkä suoraan kuulu millekään kliiniselle erikoisalalle tai joissa ensisijainen toimija on perusterveydenhuolto (esimerkiksi väkivaltatyö, seksuaalineuvonta, raskauden ehkäisy). Sairaanhoitopiirit nimeävät seksuaali- ja lisääntymisterveyden yhteyshenkilöt, joiden kanssa kuntien työryhmät voivat tehdä yhteistyötä. Sairaanhoitopiirit perustavat määrääkäsia työryhmiä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteisten hoitoketjujen rakentamiseksi ja vastuiden määrittämiseksi. Esimerkkejä tällaisista tehtäväalueista ovat seksuaalisen väkivaltaa kokeneiden hoito ja erikoisosaamista edellyttävä seksuaalineuvonta.

Alueellisia toimijoita ovat myös yliopistot ja ammattikorkeakoulut, joiden tehtäviin kuuluu tutkimus- ja kehittämis yhteistyö omilla alueillaan. Oppilaitokset toimivat koulutuksen ja palvelutuotannon rajapinnalla ja välittävät alueeltaan esiin tulevia lisääntymis- ja seksuaaliterveyden edistämisen tutkimus-, kehittämis- ja koulutustarpeita. Oppilaitokset tunnistavat ja ennakoivat lisääntymis- ja seksuaaliterveyden muutostarpeita ja muuttavat ne yhteistyössä esimerkiksi sairaanhoitopiiriin ja perusterveydenhuollon kanssa lisääntymis- ja seksuaaliterveyden osaamiseksi ja kehitystoiminnaksi. Ne myös välittävät uutta lisääntymis- ja seksuaaliterveyden tutkimustietoa alueensa toimijoille ja toimivat aktiivisesti alueensa verkostoissa. Osa oppilaitoksista toteuttaa lisääntymis- ja seksuaaliterveyden alueella työelämälähtöistä, palvelujärjestelmää kehittävää soveltavaa tutkimusta.

Tavoitteet:

- sairaanhoitopiirit ottavat vastuun alueensa seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen työnjaosta, koordinoinnista ja yhteistyöstä
- jokaisessa sairaanhoitopiirissä tehdään säännöllistä ja suunnitelmallista yhteistyötä alueen muiden toimijoiden kanssa seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämiseksi

Toimenpiteet:

- sairaanhoitopiirit nimeävät seksuaali- ja lisääntymisterveyden yhteyshenkilön
- sairaanhoitopiirit perustavat määräämisen alueellisen työryhmän seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen vauhdittamiseksi
- sairaanhoitopiirit tarkistavat seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluihin liittyvät toimintatavat, ohjeet ja yhteistyömuodot toimintaohjelman perusteella
- hoitoketjut rakennetaan toimintaohjelmassa nimetyistä aiheista (raskaudenkeskeytys, klamydian tutkimus, hoito ja ehkäisy, erityisosaamista vaativa seksuaalineuvonta, seksuaalista väkivaltaa kokeneiden hoito, päihdeäitien hoito, synnytyksen jälkeinen masennus, imetysohjaus suosituksen valmistuttua)
- sairaanhoitopiirit järjestävät säännöllistä täydennyskoulutusta seksuaali- ja lisääntymisterveydestä

17.4 Paikallisen tason työnjako ja yhteistyö

Kunnan tehtävänä on edistää väestönsä terveyttä ja järjestää riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut. Terveiden edistämistehtävän toteuttamista on vahvistettu vuoden 2006 alussa voimaantulleilla kansanterveyslain uudistuksilla (L 928/2005) sekä vuonna 2006 julkaistulla terveyden edistämisen laatusuosituksella (STM 2006).

Nykyisissä terveyskeskusorganisaatioissa seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen vastuutahoksi hahmottuvat selvästi äitiyshuolto ja ehkäisyneuvonta sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuolto. Laaja-alaisesti ymmärrettynä seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen integroituu kuitenkin moniin muihinkin perusterveydenhuollon tehtäväalueisiin. Taulukkoon 17.1 on koottu seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämiseen liittyviä tehtäviä perusterveydenhuollon eri toiminnoissa.

Taulukko 17.1. Terveyskeskuksen tehtäväalueiden vastuut seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisessä

Tehtäväalue	Seksuaali- ja lisääntymisterveyden tehtävä
Vastaanottotoiminta (lääkäri, hoitaja)	sairauksien ja terveysongelmien hoito ja siihen liittyvä seksuaalineuvonta
Seksuaali- ja lisääntymisterveyspalvelut	seksuaalineuvonta, sukupuolitautilien torjunta, seksuaalisen väkivallan ehkäisy, raskauden ehkäisy, raskauden suunnittelu, raskauden seuranta ja synnytyksen jälkeinen hoito, perhe- ja synnytysvalmennus, parisuhde- ja seksuaalineuvonta, väkivallan ehkäisy
Lastenneuvonta	lapsen seksuaalisen kehityksen tukeminen, vanhempien parisuhteen tukeminen, väkivallan ehkäisy
Koulu- ja opiskeluterveydenhuolto	raskauksien ehkäisy, sukupuolitautilien torjunta, seksuaalisen väkivallan ehkäisy, seksuaalikasvatus, -neuvonta ja -opetus, opetus-suunnitteluun osallistuminen
Opiskeluterveydenhuolto	raskauksien ehkäisy, sukupuolitautilien torjunta, seksuaalisen väkivallan ehkäisy, seksuaalineuvonta
Työterveyshuolto ja työttömien vastaanotot	seksuaalineuvonta, seksuaalisen häirinnän ehkäisy työpaikoilla
Kotisairaanhoido	pitkäaikaissairaiden, vammaisten ja ikääntyvien henkilöiden seksuaalisten tarpeiden huomioiminen, seksuaalineuvonta
Vuodeosastohoito	laitoshoidossa olevien seksuaalisten tarpeiden huomioiminen
lääkäiden terveysneuvonta	ikäntymiseen ja pitkäaikaissairauksiin liittyvä seksuaalineuvonta
Suun terveydenhuolto	raskausajan hammashuolto, sukupuoliteitse tarttuvien tautien ja HIV:n diagnostiikka
Mielenterveyspalvelut	sairauksien ja mielenterveysongelmien hoito ja niihin liittyvä seksuaalineuvonta
Kuntoutus, fysioterapia	seksuaalineuvonta pitkäaikaissairauksien ja vammojen kuntoutamisessa
Seulonta	kohdunsuun irtosolunäytteiden otto, seulontamammografia, raskaudenajan seulontanäytteet, klamydian opportunistinen seulonta

Kansanterveyslain osauudistuksessa kunnan kansanterveystyön tehtäviä täsmennettiin erityisesti terveysneuvonnan osalta ja työlle asetettiin seuranta- ja arviointivelvoite sekä yhteistyövelvoite. Kunnan tehtävänä on seurata asukkaidensa terveydentilaa ja siihen vaikuttavia tekijöitä väestöryhmittäin, ottaa terveysnäkökohdat huomioon kaikessa toiminnassa ja tehdä yhteistyötä kunnan julkisten ja yksityisten tahojen kanssa.

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen kannalta kunnan sisäisessä yhteistyössä terveystoimen ensisijaisia yhteistyökumppaneita ovat sosiaalitoimi sekä opetus- ja sivistystoimi. Yhteisiä pelisääntöjä tarvitaan muun muassa poliisin kanssa. Paikkakunnalla olevat yksityiset palvelut ja kolmannen sektorin toimijat huomioidaan yhteistyössä täydentävinä resursseina. Taulukkoon 17.2. on koottu esimerkkejä siitä, minkälaisissa asioissa kunnan sisäistä tai alueellista yhteistyötä tarvitaan seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisessä.

Taulukko 17.2. Terveydenhuollon yhteistyökumppanit ja keskeiset yhteistyöaiheet kunnan seksuaali- ja lisääntymis-terveyden edistämässä

Ammattilaisten täydennyskoulutus	
	Suunnitelma ja seuranta
Sosiaalitoimi	
• päiväkodit	Lasten seksuaalisen kasvua ja kehitystä tukevat toimintatavat
• nuorisotoimi	Seksuaalisen väkivallan ehkäisy ja tunnistaminen; seksuaali- ja sukupuoli; nuoren seksuaalisen kasvua ja kehitystä tukevat toimintatavat vähemmistöt huomioiden
• lastensuojelu	Verkostojen luominen ja menettelytavoista sopiminen seksuaalista väkivaltaa ja riistoa epäiltäessä
• vanhustenhuolto	Ikääntyneiden seksuaalisten tarpeiden huomioiminen laitoshoidossa olevilla;
Opetus- ja sivistystoimi	Perusopetuksen ja toisen asteen opetuksen seksuaaliopetuksen suunnittelu ja toteutus; työväenopiston opetus ja yleisötilaisuudet
Polisi	Menettelytavat seksuaalista väkivaltaa tai riistoa kokeneiden oikeuslääketieteellisissä tutkimuksissa; täydennyskoulutus
Yksityiset palvelut	Seksuaalineuvonta ja -terapiapalvelut
Seurakunnat	mm. parisuhdekoulutus ja -neuvonta, rippikoulut
Kolmas sektori	Täydentävät palvelut, koulutus

Terveyden edistämisen laatusuositus esittää, että kunnissa määritellään poikkihallinnollisen terveyden edistämisen johtamisvastuu, työnjako ja hallinnon alat ylittävien tehtävien toimintakäytännöt (STM 2006). Käytännössä se tarkoittanee, että kuntien on perustettava uudelleen terveyden edistämisen monialaiset yhteistyöryhmät. Terveyskeskusjohtajille tehdyn kyselyn (2005) mukaan terveyden edistämisen yhdyshenkilö on nykyisin noin kolmanneksessa kunnista ja terveystieteiden yhdyshenkilö on noin puolessa. Suurimmassa osassa kunnista terveyden edistämisen johtamiseen käytetty työaika on vähäinen tai johtamiseen nimettyä henkilöä ei ole lainkaan (Matti Rimpelä, julkaisematon tieto).

Pienehköissä ja keskisuurissa kunnissa seksuaali- ja lisääntymisterveyden kunnan sisäiset yhteistyökysymykset voidaan käsitellä samassa terveyden edistämisen yhteistyöryhmässä kuin muutkin terveyden edistämiseen kuuluvat aiheet. Suurissa asutuskeskuksissa voi olla erillinen seksuaali- ja lisääntymisterveyden työryhmä. Pienissä kunnissa taas koko terveyden edistämistyö voisi rakentua alueelliselle yhteistyölle, jolloin työryhmä palvelisi useampaa kuntaa ja riittävä asiantuntemus eri aloilta mahdollistuisi.

Tavoitteet:

- seksuaali- ja lisääntymisterveyttä ohjataan, johdetaan, kehitetään ja seurataan kunnissa osana terveydenedistämistoimintaa

Toimenpiteet:

- kunnalla on oma tai kuntien yhteistyöalueen pohjalta perustettu terveyden edistämisen yhteistyöryhmä, joka vastaa myös seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisestä kunnassa
- yhteistyöryhmässä ovat edustettuina vähintään sosiaali- ja terveystoimi, sekä opetus- ja sivistystoimi, poliisi, seurakunta ja kolmas sektori
- terveyden edistämisen yhteistyöryhmä tekee yhteistyötä erikoissairaanhoidon ja paikallisten kolmannen sektorin toimijoiden kanssa
- terveyskeskuksen sisällä on sovittu seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvistä ohjausvastuusta, toimintatavoista, (erityisesti seksuaalineuvonta, seksuaalisen väkivallan kohtaaminen), työnjaosta ja yhteistyöstä

LÄHTEET:

- Kouri P, Antikainen I, Saarikoski S, Wuorisalo J. Elämisen alkuun -projekti. Äitiyshuollon joustavan verkkopalvelun, Nettineuvolan, kehittäminen Internetissä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:10. Helsinki, 2001.
- L 583/1986. Tartuntatautilaki. Valtion säädöstötietopankki.
Luettavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1986/19860583>. Luettu 28.12.2006.
- L 1062/1989. Erikoissairaanhoidolaki. Valtion säädöstötietopankki.
Luettavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062>. Luettu 28.12.2006.
- L 928/2005. Laki kansanterveystlain muuttamisesta. Valtion säädöstötietopankki.
Luettavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2005/20050928>. Luettu 29.12.2006.
- Opetusministeriö. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopintopisteet. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24. Helsinki, 2006.
- STM. Valtioneuvoston periaatepäättös terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2002:6. Helsinki, 2002.
- STM. Terveidenhuollon täydennyskoulutussuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:3. Helsinki, 2004.
- STM. Terveiden edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön laatusuositus 2006:19. Helsinki, 2006.

18 TOIMINTAOHJELMAN TOIMEENPANO JA SEN TUKEMINEN

18.1 Toimeenpanon tarkoitus, tavoite ja aikataulu

Tämän toimeenpanosuunnitelman *tarkoituksena* on tukea Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelman toimeenpanoa eri toimialoilla, hallinnon kaikilla tasoilla ja maan eri osissa. Tavoitteena on sitouttaa keskeiset tahot ja toimijat ohjelman tavoitteisiin ja ehdotettujen toimenpiteiden toteuttamisen.

Toimintaohjelmassa ehdotetut toimenpiteet liittyvät rakenteellisiin ja toiminnallisiin muutoksiin terveys- ja sosiaalipalvelujärjestelmässä, koulutussektorilla ja eri sektoreiden yhteistyössä valtakunnallisella, alueellisella ja paikallisella tasolla.

Ohjelma on tarkoitus toteuttaa osana kuntien palvelurakenteen ja ehkäisevien palvelujen uudistamista. Tätä varten sosiaali- ja terveysministeriö suosittelee kunnille toimintaohjelman käyttämistä hyväksi vuoden 2008 toiminta- ja taloussuunnitelmien laatimisessa sekä kunta- ja palvelurakennemuutokseen liittyvien selvitysten valmistelussa valtioneuvostolle.

Tavoitteena on, että ohjelma tulee tunnetuksi vuoden 2007 aikana. Ohjelman toimeenpanovaihe päättyy, kun ohjelman ehdotusten toteuttaminen alkaa vakiintua osaksi normaalia toimintaa viimeistään vuonna 2009. Toimintaohjelman ehdotukset on laadittu vuosille 2007–2010.

18.2 Avaintahot toimeenpanossa

Keskeiset toimialat ohjelman toimeenpanossa ovat sosiaali- ja terveydenhuolto sekä yleissivistävä ja ammatillinen koulutus. Koska toimintaohjelma liittyy tasa-arvon edistämiseen, seksuaali- ja lisääntymisterveyden palveluiden yhdenvertaiseen saatavuuteen sekä väkivaltaohjelmiin, ohjelman toimeenpano koskee myös puolustusvoimia, oikeuslaitosta, poliisitoimintaa ja työministeriön toimialaa.

Sosiaali- ja terveysministeriössä ohjelman toimeenpanosta vastaavat terveysosasto sekä perhe- ja sosiaaliosasto. Stakesin ja Kansanterveyslaitoksen tehtävät ohjelman toimeenpanossa määräytyvät laitosten perustehtävästä, nykyisestä työnjaosta ja tulosopimusten mukaisesti. Opetusministeriön ja Opetushallituksen vastuuvirkamiehillä on keskeinen rooli yleissivistävään ja ammatilliseen koulutukseen liittyvien ehdotusten toimeenpanossa. Muita kansallisen tason keskeisiä toimijoita ovat Suomen Kuntaliitto, Väestöliitto sekä Terveiden edistämisen keskus ry.

Aluehallinnossa vastuutahoja ovat lääninhallitusten sosiaali- ja terveysosasto, sivistysosasto sekä myös poliisiosasto. Sairaanhoidopiirien johto vastaa toimintaohjelman alueellisesta toimeenpanosta ja erikoissairaanhoidon lakisääteisistä tehtävistä seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämiseksi. Paikallisella tasolla toimeenpanosta vastaava kuntien ja kuntainliittojen sosiaali- ja terveystoimen johto. Terveiden edistämisen vastuuhenkilöt sairaalassa, terveyskeskuksessa ja kunnan keskushallinnossa ovat avainasemassa ohjelman käytännön toteutuksessa ja hallinnonalojen välisen yhteistyön koordinoimisessa. Poliisitoimen kanssa tarvitaan yhteistyötä paikallisten menettelytapojen sopimiseksi seksuaalista väkivaltaa kokeneiden tutkimisessa. Kolmannella sektorilla on tärkeä tehtävä seksuaali- ja lisääntymisterveyden palvelujen tarjoamisessa, pienten vähemmistöjen palvelutarpeeseen vastaamisessa, uusien toimintamallien kehittämisessä ja toiminnan epäkohtien esille nostamisessa.

Koulutusjärjestelmässä avainhenkilöitä ovat koulutusalan ja koulutusohjelmien johtajat sekä terveys- ja sosiaalialan ammattihenkilöitä kouluttavat opettajat yliopistoissa, ammattikorkeakouluissa ja toisen asteen ammatillisessa koulutuksessa. Alan tutkimuksen edistäminen ja tutkijoiden yhteistyön tiivistäminen voi lähteä käyntiin yksittäisen laitoksen tai tiedekunnan aloitteesta. Myöhemmin seksuaali- ja lisääntymisterveyden asiantuntijakeskus (ks. luku 17) koordinoi alan tutkijoiden yhteistyötä.

Terveystiedon opettajat peruskoulussa ja lukiossa vastaavat toimintaohjelman käytöstä opetussuunnitelmien laatimisessa, opetuksen kehittämisessä sekä oppimateriaalina. Yliopistoissa, ammattikorkeakouluissa ja toisen asteen ammatillisissa oppilaitoksissa avainhenkilöitä ovat koulutusalan ja koulutusohjelmien johtajat sekä terveydenhuollon ammattihenkilöitä ja sosiaalihuollon ammatillista henkilöstöä kouluttavat opettajat. Myös alan ammatillisilla järjestöillä on tärkeä rooli ammatillisen täydennyskoulutuksen järjestämisessä. Alan tutkimuksen edistäminen ja tutkimusyhteistyön tiivistäminen edellyttävät yksittäisen laitosten tai tiedekuntien aloitteita sekä kansallista koordinointia (ks. luku 17).

Jokaisella terveys- ja sosiaalitoimen työntekijällä on lakisääteinen vastuu perusteltujen toimintatapojen käyttämisestä ja ammatillisen osaamisen jatkuvasta kehittämisestä. Avainhenkilöitä ovat ehkäisevän terveydenhuollon henkilöstö äitiys- ja ehkäisyneuvoloissa, lastenneuvoloissa, koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa ja työterveyshuollossa, seksuaali- ja lisääntymisterveyden asiantuntijat erikoissairaanhoidossa sekä varhaiskasvatuksen, lastensuojelun ja nuorisotoimen henkilöstö.

18.3 Toimintaohjelmasta tiedottaminen

STM vastaa ohjelman valtakunnallisesta tiedottamisesta ja julkaisutoiminnasta. STM järjestää yhteistyössä Stakesin, KTL:n, OPM:n ja Suomen Kuntaliiton kanssa keväällä 2007 valtakunnallisen seminaarin ohjelman tunnetuksi tekemiseksi ja toimeenpanon käynnistämiseksi. Ministeriö tiedottaa ohjelmasta myös muissa vuonna 2007 järjestämässään tilaisuuksissa. Toimintaohjelma on saatavilla STM:n kotisivuilta (www.stm.fi/julkaisut). Painettu toimintaohjelma lähetetään STM:n alaisille laitoksille, muille ministeriöille, Suomen Kuntaliitolle, lääninhallituksille, sairaanhoitopiireille, kunnille/terveyskeskuksille, alan koulutusyksiköille ja järjestöille.

Stakes, KTL, Kuntaliitto ja Opetushallitus tiedottavat ohjelmasta kotisivuillaan ja järjestävät ohjelmasta koulutustilaisuuksia. Stakesissa valmistetaan myös seksuaaliterveyden edistämisen kotisivut. Muita tärkeitä tiedottajia ovat alan ammatilliset ja muut järjestöt.

Lääninhallitukset ja sairaanhoitopiirit järjestävät alueellisia tiedotus- ja koulutustilaisuuksia. Eri hallinnonalojen johtajat kunnissa vastaavat ohjelman paikallisesta tiedottamisesta. Johtajat informoivat myös luottamushenkilöstöä.

18.4 Toimeenpanon käynnistäminen ja sen tukeminen

Tarkoituksena on, että Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelmaa hyödynnetään terveyden- ja sosiaalihuoltoa sekä opetustointia koskevassa strategia- ja kehittämistyössä.

Kunnat ja niiden terveyskeskukset

- perustavat kunnan tai kuntien yhteisen terveyden edistämisen yhteistyöryhmän ja nimeävät terveyden edistämisestä vastaavat viranhaltijat, mikäli näitä tahoja ei ole. Nämä tahot vastaavat seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen rakenteiden luomisesta, yhteistyön järjestämisestä ja muusta toimeenpanosta.
- integroivat seksuaaliterveyden edistämisen ehkäisevään työhön ja sairauksien hoitoon ja kehittävät näiden palvelujen suunnittelua ja seurantaan niistä tiedottamista.
- ottavat erityiseksi kehittämisen kohteiksi nuorten palvelut ja seksuaalisen väkivallan ehkäisemisen, varhaisen tunnistamisen ja hoidon

Sairaanhoitopiirit

- tarkistavat toimintayksiköiden nykyiset seksuaali- ja lisääntymisterveyttä koskevat toimintatavat, ohjeet ja yhteistyömuodot ja kehittävät niitä toimintaohjelman suuntaisesti yhdessä henkilökunnan kanssa,
- nimeävät seksuaali- ja lisääntymisterveyden yhteyshenkilöt, huolehtivat heidän koulutautumisestaan
- perustavat määräaikaisten työryhmien alueellisen toiminnan käynnistämiseksi ja pysyvien palvelurakenteiden luomiseksi
- käynnistävät alueellisten hoitoketjujen rakentamisen (mm. seksuaalinen väkivalta)
- kokoavat alueellisia ja seudullisia verkostoja ja asiantuntijaryhmiä (esim. äitiyshuollon alueellinen yhteistyöverkosto sairaanhoitopiireissä)

Sosiaalitoimessa

- tarkistetaan varhaiskasvatuksen sisällöt ja huolehditaan päivähoiton henkilöstön täydennyskoulutuksesta
- tehdään yhteistyötä väkivallan ehkäisyssä ja hoidossa terveystoimen ja muiden tarvittavien tahojen kanssa
- ohjelman tavoitteet ja sisällöt otetaan huomioon nuorisotyötä ja vanhusten huoltoa kehitettäessä

Terveys- ja sosiaalialan toisen asteen koulutuksessa, ammattikorkeakoulutuksessa ja terveystieteellisessä ja lääketieteellisessä yliopistokoulutuksessa ohjelmaa käytetään

- opetuksen sisältöjen kehittämiseen ja oppimateriaalina
- kouluttajien valmiuksien arviointiin ja kouluttautumiseen
- tutkimus- ja kehittämistyön suuntaamiseen seksuaali- ja lisääntymisterveyden tukemiseksi

Lääninhallitusten sosiaali- ja terveysosastot

- järjestävät alueellisia koulutustilaisuuksia
- ohjaavat ja valvovat seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämistä lääneissään, erityisesti yksityisiä sosiaali- ja terveyspalveluja ja nuorten saamia palveluja

Sosiaali- ja terveysministeriö yhdessä Stakesin, KTL:n, Suomen Kuntaliiton sekä OPM:n ja OPH:n edustajien kanssa

- järjestävät jokaisessa läänissä koulutus- ja työkokouksen, jossa välitetään uutta tietoa ja suunnitellaan ehdotusten toteuttamista alueella
- organisoivat teemaan liittyviä koulutussisältöjä omissa koulutustilaisuuksissaan (esim. Stakesin Terve Kunta –päivät, Kouluterveyspäivät, TerveSOS –tapahtuma, Kuntaliiton sairaalapäivät)

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden asiantuntijakeskus
(KTL:n ja Stakesin verkostomuotoinen yhteistyöelin, ks. luku 17)

- luo uusia tarkoituksenmukaisia verkostoja esim. seksuaalineuvojien verkosto ja sairaanhoitopiirien yhteyshenkilöistä koostuva verkosto ja tekee yhteistyötä olemassa olevien verkostojen kanssa (läänikohtaiset väkivallan ehkäisyn verkostot, terveysalan kouluttajienverkostot)
- tekevät tarkentuvat asiantuntijakeskuksen perustamisen myötä

Ammattijärjestöt

- tukevat ohjelman toimeenpanoa alueellisessa ja paikallisessa yhteistyössä terveyspalvelujärjestelmän johtajien kanssa ja käsittelevät ohjelmaa koulutustilaisuuksissa, julkaisuissaan ja kotisivuillaan

Alan muut järjestöt

- tukevat toimintaohjelman toimeenpanoa omalla sektorillaan ja tekevät yhteistyötä muiden toimijoiden kanssa

18.5 Toimeenpanon seuranta ja arviointi

STM organisoi ohjelman toimeenpanon säännöllisen seurannan. Vuonna 2009 STM järjestää valtakunnallisen seurantaseminaarin, jossa arvioidaan seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelman toimeenpanon edistymistä ja tunnistetaan esiin nousseita ongelmia. Stakes arvioi ohjelman toimeenpanoa vuonna 2010. STM päivittää ohjelman viimeistään vuonna 2012.

LIITE 1.

Kolmannen sektorin seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvä toiminta.

	Asiakastyötä (henkilökohtaista)	Vertaistukitoimintaa	Luento- tai keskustelutilaisuuksia (väestölle)	Informaatiota väestölle	Väestölle suunnattua kampanjatoimintaa	Puh.kons. ammattilaisille	Informaatiota ammattilaisille	Täydennyskoulutusta ammattilaisille	Tutkimus- ja kehittämis-toimintaa
HIV-säätiö / Aids-tukikeskus	x	x		x	x	x	x	x	
Ihmisoikeusliitto ry	x	x		x		x	x	x	x
Lapsettomien yhdistys Simpukka ry	x	x	x	x	x	x		x	x
Mannerheimin Lastensuojeluliitto ry	x			x					x
Miesten kriisikeskus / Ensi- ja turvakotienliitto ry	x	x				x		x	x
Pro-tukipiste ry	x	x		x		x		x	x
Punainen Risti	x		x	x	x		x	x	
Seta ry	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Sexpo	x	x	x	x		x	x	x	x
Suomen Liikunta ja Urheilu	x			x			x		
Suomen Seksologinen Seura							x	x	
Väestöliitto	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Y-Säätiö		x		x	x	x		x	x

¹⁾ Yhteenveto kolmannen sektorin toimijoiden seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvästä toiminnasta. Kysely lähetettiin 27.11.2006 järjestölle.

SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYSPALVELUIDEN VAIHTOEHTOISIA RAKENTEITA PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA

Vaihtoehdot	Rakenteet:	Henkilöstö	Toimintatavat
Vaihtoehto 1 -terveydenhoitajalla vähintään 40 äitiä/v. -lisäksi lastenneuvola, usein myös ehkäisyneuvonta -käytössä Suomessa	Edut: -lähineuvoloiden säilyminen Huomioitavaa: -osa palveluista keskitetään, esim. sikiöseulonnat	Edut: -työntekijäkohtainen hoidon jatkuvuus Huomioitavaa: -äitiyshuollon ja ehkäisyneuvonnan osaamisen vahvistaminen vaatii erityistä huomiota	Edut: -paikallinen terveydenhoitaja tuntee oman alueensa väestön Huomioitavaa: -pienissä yksiköissä luotava konsultointimahdollisuudet
Vaihtoehto 2 -terveydenhoitajalla tai kätillä vähintään 80 äitiä/v., ei muita työskentelyalueita -ehkäisyneuvonta erillisenä tai yhdistettynä -käytössä Suomessa	Edut: -kustannustehokasta Huomioitavaa: -joitain lähineuvoloita saatetaan joutua yhdistämään kunnan tai kuntayhtymän alueella	Edut: -hyvät mahdollisuudet osaamisen ylläpitämiseen ja kehittämiseen Huomioitavaa: -ei työntekijäkohtaista jatkuvuutta lastenneuvolaan	Edut: -mahdollisuus toiminnan tehostamiseen käytämäärien yksilöllisemmällä suunnittelulla Huomioitavaa: -sisäiset konsultointimahdollisuudet riippuvat rakenteista
Vaihtoehto 3 -äitiysneuvoloiden keskitäminen n. 20 000 asukkaan väestöpohjan mukaan -asiakas tulee keskusneuvolaan tai työntekijä menee sivuvastaanotolle -ehkäisyneuvonta osin erillisenä ja osin keskitettynä -ei käytössä Suomessa	Edut: -kustannustehokasta -mahdollisuus keskittää fyysisesti samaan yksikköön lastenneuvola- ja seksuaaliterveyspalvelut Huomioitavaa: -lähineuvoloiden määrä vähenee -asiakkaille matkakustannuksia	Edut: -hyvät mahdollisuudet osaamisen ylläpitämiseen ja kehittämiseen Huomioitavaa: -ei työntekijäkohtaista jatkuvuutta lastenneuvolaan -henkilöstöstä osan työpiste tulee muuttamaan	Edut: -mahdollisuus toiminnan tehostamiseen käytämäärien yksilöllisemmällä suunnittelulla -sisäisen konsultaation mahdollisuus -paremmat mahdollisuudet sijaisjärjestelyihin -paremmat mahdollisuudet osallistua täydennyskoulutukseen Huomioitavaa: -oman alueen väestön tuntemus heikkenee
Vaihtoehto 4 -lähineuvolan kätillä tai terveydenhoitajalla vähintään 80 äitiä/v. -keskusneuvolan kätillä: • UÄ-seulonnat • DM/A-ohjaus • synnytysvalmennus • keskenmenon jälkitarkastus -väestöpohja n. 20 000 -koordinaattorina kätillä:	Edut: -lähineuvoloiden säilyminen -erikoissairaanhoidon resursseja riskiraskauksien hoitoon -kustannustehokasta -koordinaattoriverkosto: • ajankohtaista tietoa äitiyshuollon tilasta Huomioitavaa: -osa palveluista keskitetään	Edut: -hyvät mahdollisuudet osaamisen ylläpitämiseen ja kehittämiseen Huomioitavaa: -ei työntekijäkohtaista jatkuvuutta lastenneuvolaan	Edut: -paikallinen kätillä/terveydenhoitaja tuntee oman alueensa väestön -mahdollisuus toiminnan tehostamiseen käytämäärien yksilöllisemmällä suunnittelulla -sisäisen konsultaation mahdollisuus -paremmat mahdollisuudet sijaisjärjestelyihin

<ul style="list-style-type: none"> • laadun varmistaminen ja seuranta alueella • perehdytys, koulutus • konsultaatiot • yhtenäiset ohjeistukset • yhteistyö sairaalan kanssa <p>-ehkäisyneuvonta osin erillisenä ja osin keskitettynä</p> <p>-käytössä Suomessa joillakin suurilla paikkakunnilla</p>	esim. sikiöseulonnat -asiakkaille matkakustannuksia	<p>-paremmat mahdollisuudet osallistua täydennyskoulutukseen</p> <p>Huomioitavaa:</p> <p>-keskusneuvolan kätilöllä ei oman alueen väestön tuntemusta</p>	<p>-paremmat mahdollisuudet osallistua täydennyskoulutukseen</p> <p>Huomioitavaa:</p> <p>-keskusneuvolan kätilöllä ei oman alueen väestön tuntemusta</p>
<p>Vaihtoehto 5</p> <p>-perusterveydenhuollon äitiysneuvolaa tuetaan sairaalan etäkonsultaatiolla</p> <p>-ehkäisyneuvonta erillisenä tai yhdistettynä</p> <p>-ei käytössä Suomessa</p>	<p>Edut:</p> <p>-lähineuvolat säilyvät</p> <p>Huomioitavaa:</p> <p>-saattaa olla kalliimpaa kuin nykyinen</p>	<p>Edut:</p> <p>-nopea väylä saada tukea päätöksentekoon</p> <p>Huomioitavaa:</p> <p>-osaamiseen liittyvät ongelmat säilyvät: milloin etäkonsultaatio tarpeen?</p>	<p>Edut:</p> <p>-paikallinen terveydenhoitaja tuntee oman alueensa väestön</p> <p>Huomioitavaa:</p> <p>-toiminnan joustavuus paranee, kun tekniset ongelmat ratkaistaan</p>
<p>Vaihtoehto 6</p> <p>-sairaalan kätilö toimii työkierron mukaisesti myös äitiysneuvolassa</p> <p>perusterveydenhuollossa</p> <p>-ehkäisyneuvonta erillisenä tai yhdistettynä</p> <p>-ei käytössä Suomessa</p>	<p>Edut:</p> <p>-lähineuvolat säilyvät</p> <p>Huomioitavaa:</p> <p>-edellyttää kätilökoulutuksen lisäämistä</p>	<p>Edut:</p> <p>-kätilöllä laaja-alainen seksuaali- ja lisääntymisterveyden koulutus ja ajantasainen tieto riskiraskauksien ja synnyttyksen hoidosta</p> <p>-sairaalan kätilön asiantuntemus laajenee äitiysneuvolaan</p> <p>-Huomioitavaa:</p> <p>-ei työntekijäkohtaista jatkuvuutta lastenneuvolaan</p> <p>-työpiiste muuttuu ajoittain</p>	<p>Edut:</p> <p>-kätilö vastaa raskauden seurannasta ja synnytysvalmennuksesta</p> <p>Huomioitavaa:</p> <p>-oman alueen väestön pitkäaikaista tuntemusta ei synny</p>
<p>Vaihtoehto 7</p> <p>-ehkäisyneuvola toimii omana yksikkönään, äitiysneuvola omanaan</p> <p>-käytössä Suomessa</p>	<p>Edut:</p> <p>-kustannustehokasta</p> <p>Huomioitavaa:</p> <p>-lähipalveluiden määrä ehkäisyneuvonnassa vähenee</p> <p>-asiakkaille matkakustannuksia</p>	<p>Edut:</p> <p>-hyvät mahdollisuudet osaamisen ylläpitämiseen ja kehittämiseen</p> <p>Huomioitavaa:</p> <p>-ei työntekijäkohtaista jatkuvuutta ehkäisyneuvolasta äitiys- ja lastenneuvolaan</p>	<p>Edut:</p> <p>-sisäisen konsultaation mahdollisuus</p> <p>-paremmat mahdollisuudet sijaisjärjestelyihin</p> <p>Huomioitavaa:</p> <p>-väestövästuiiseen toimintatapaan verrattuna ehkäisyneuvolan työntekijälle ei ehkä synny laaja-alaista asiakkaan terveyden tuntemusta</p>

ESIMERKKEJÄ RASKAUTTA EDELTÄVÄN NEUVONNAN TOTEUTTAMISMALLEISTA

Iso-Britannia ¹	Unkari ²
<p>Viranomaiset eri tasoilla varmistavat, että</p> <ul style="list-style-type: none"> - paikallinen terveyden edistäminen sisältää raskauteen liittyvää terveyden edistämistä - kampanjoita ja materiaaleja kohdistetaan sellaisiin ryhmiin ja yhteisöihin kuuluville naisille, jotka alkavat äitiyshuollon palveluita ja jotka kuuluvat johonkin riskiryhmään <p>Eriyiset raskautta edeltävät palvelut kuuluvat äitiyshuoltopalveluiden piiriin. Niitä tarjotaan kaikille naisille ja heidän partnereilleen, jotka tarvitsevat specialistin neuvontaa ennen raskaaksi tuloa joko lääketieteellisistä syistä tai perhesyistä. Äitiyshuollon verkosto toimii läheisessä yhteistyössä perusterveydenhuollon sekä perhesuunnittelu- ja seksuaaliterveyspalveluiden tarjoajien kanssa, jotta voidaan tunnistaa em. ryhmät ja varmistaa heidän pääsynsä specialistien neuvontaan, kun he suunnittelevat raskautta tai tarvitsevat sopivan raskaudenehkäysmenetelmän.</p> <p>Lisäksi kaikki tupakoivat raskaana olevat naiset ja heidän partnerinsa saavat selkeän informaation tupakoimien riskeistä ja tukea tupakoimien lopettamiseen. Palveluja tarjoaa mm. the NHS Stop Smoking Service, jonka toiminta on osa laajempaa kansanterveyden edistämisstrategiaa.</p> <p>Paikallinen terveydenedistämistyö sisältää seuraavaa informaatiota vanhemmille:</p> <ul style="list-style-type: none"> - mitä vanhemmaksi tuleminen on ja mitä vaikutuksia sillä on perhesuhteisiin ja aikuisten välisiin suhteisiin - mikä merkitys on <ol style="list-style-type: none"> a) foolihapolla ennen hedelmöitystä b) alkoholin käytön minimoimisella c) piristeen ja huumeiden (recreational drugs) välttämällä d) tupakoimattomuudella ja savuttomassa ympäristössä olemisellä raskauden aikana 	<p>Uudenlainen infrastruktuuri <i>Periconceptional clinic</i>:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Raskautta edeltävät seulonnot → riskin omaaville kirjoitetaan lähete erikoissairaanhoidon 2. 1-3 kk ennen hedelmöitystä annettavat palvelut: valmistautuminen hedelmöitykseen (ehkäisyn opetus, ravitsemus, liikunta, tupakka, alkoholi, huumeet, lääkkeet, naisen työolosuhteiden arviointi, kuukautishistoria ja peruslämmön mittaus, foolihappolisä, hampaiden hoito) 3. ensimmäisten 3 kk hedelmöityksen jälkeen annettavat palvelut: tavoitteena hedelmöitys optimaalisissa olosuhteissa ja alkion suojelu sen herkimmissä vaiheessa (sisältää 12 mahdollista ohjaus- tai seulontatoimintaa, joista viimeisenä neuvolaan lähettäminen) <p>Lisäintymisterveystutkimukset:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. tulevan äidin ja isän perhetausta sekä naisen obstetrinen tausta (riskiryhmiin kuuluvat saavat lähteen perimöllisyysneuvontaan) 2. tulevan äidin anamneesi ja saatavissa olevat potilasiakirjat (epilepsia, diabetes, depressio jne., lähete k.o. erikoisan poliklinikalle) 3. sukupuolitautilien seulonta 4. sperma-analyysi 5. parin psykoseksuaalinen tutkimus (seksuaalisista ongelmista kärsiville pareille lähete seksologille) 6. naisen vasta-aineidutkimukset: vihurirokko ja vesirokko (seronegatiivisten rokotus); parien HIV-vasta-aineidutkimukset (positiivisille lähete jatkohoitoon) 7. naisen kystisten fibroosin kantajaseulonta (vain kantajien partnerit tutkitaan) 8. parin perhetaustasta riippuen tarvittaessa ehdotus ennustavasta geenitestauksesta <p>3 kuukauden valmistautuminen hedelmöitykseen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. tupakan, alkoholin, huumeiden ja tarpeettomien lääkkeiden välttäminen 2. ehkäisy pillereiden ja kieran käytön lopettaminen (suositellaan kondomia) 3. naisen työolosuhteiden selvittäminen (tarvittaessa yhteys työterveyslääkäriin) 4. kuukautisanamneesi ja peruslämmön mittaus (hormonihäiriöistä kärsiville)

<p>e) vihurirokkoimmunisaatiolla ennen raskautta</p> <p>f) mahdollisimman varhaisella terveyspalveluiden piiriin hakeutumisella raskauden alettua</p>	<p>naisille lähete gynekologille)</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. foolihappo- ja monivitamiinilisän aloittaminen 6. ehdotus hampaiden kunnon tarkistamisesta 7. terveelliseen ruokavalioon liittyvä ohjaus 8. sopivaan liikuntaan liittyvä ohjaus <p>Raskauden varhaisvaiheen suojeleminen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. tutkimuksissa löydettyihin mahdollisiin häiriöihin liittyvät tarpeelliset jatkotutkimukset ja/tai -hoidot 2. tarkistetaan, miten 3 kk valmistautuminen hedelmöitykseen on toteutunut (mm. tupakointi); riskiäitien lähettämisen jatkotutkimuksiin ja/tai -hoitoon 3. optimaalisen hedelmöitysjankohdan neuvonta 4. foolihappo- ja monivitamiinilisän jatkaminen 12 rv:lle asti 5. varhainen raskauden diagnosointi herkillä raskaustestillä heti kuukautisten jäätyä pois 6. varhainen ultraäänitutkimus mahdollisen monisikiöisen tai kohdunulkkoisen raskauden tunnistamiseksi 7. naisen työn raskaudelle aiheuttamien haittojen välttäminen 8. teratogeeneihin ja elämäntapoihin liittyvä ohjaus 9. erityisneuvonta sikiöseulonnoista 10. erityisneuvonta saatavilla olevista raskaudenajan diagnosimenetelmistä 11. pyydetään seuraavasta hoitopaikasta naisen terveyskertomus, josta käy ilmi, miten raskaus myöhemmin on jatkunut 12. raskaana oleva nainen lähetetään raskaudenajan seurantaan ja hoitoon, mukaan annetaan tiivistelmä annetuista hoidosta
---	--

- 1) Department of Health. Maternity Standard, National Service Framework for Children, Young People and Maternity Services. London, 2004.
- 2) Czeizel AE, Gasztonyi Z, Kuliev A. 2005. Periconceptional Clinics: A Medical Health Care Infrastructure of New Genetics. Fetal Diagnosis and Therapy 2005;20:515-8.

LIITE 5.

Synnytyssairaaloiden hyviä käytäntöjä synnytysvalmennuksen järjestämiseksi

Sairaala	Hyvät käytännöt
Kätilöopiston sairaalan Haikaranpesä-yksikkö ¹	Synnytysten ja lapsivuodeajan hoidosta vastaavat kätilöt valmentavat perheet synnytykseen ja vastasyntyneen lapsen hoitoon. Ensi- ja uudelleensynnyttäjille järjestetään erilliset valmennukset. Ensisynnyttäjien valmennus sisältää kaksi kolmen tunnin valmennuskertaa, uudelleensynnyttäjille järjestetään yksi valmennuskerta. Tämän lisäksi parit voivat osallistua ryhmiin, joissa käsitellään äidin mielialojen muutoksia raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen sekä parisuhdetta ja seksuaalisuutta. Aideille järjestetään rentoutusharjoitusryhmiä. Isät voivat osallistua ryhmiin, joissa he voivat keskenään keskustella omista tuntemuksistaan. Valmennuksen jälkeen parit tekevät kätilön kanssa synnytys suunnitelman, jossa käydään läpi perheen odotukset, näkemykset, mahdollisuudet ja pelot. Synnytyksen jälkeen arvioidaan synnytyksen tapahtumia suhteessa synnytys suunnitelmaan.
Pietarsaaren sairaala ²	Sairaala toteuttaa valmennuksen yhteistyössä seudun terveystieteiden neuvoloiden kanssa yhteistyössä siten, että neuvoloiden terveydenhoitajat toteuttavat valmennuksesta perhevalmennus- ja imetysosuuden ja sairaalan kätilöt synnytysosuuden, joka on jaettu kahdelle illalle. Toisen tapaamisen yhteydessä käydään tutustumassa synnytysosastoon.
Pohjois-Karjalan keskussairaala ³	Sairaala järjestää synnytysvalmennusta, joka on sairaalan tarjoamaa palvelua synnyttäjille. Sairaalan antama informaatio pysyy paremmin ajan tasalla, kun tiedon kulku tapahtuu ilman välkäsiä. Sairaalan oma synnytysvalmennus toimii myös synnytystä pelkäävien äitien hoitovälineenä. Synnytysvalmennusta järjestetään kaksi kertaa kuukaudessa. Suositeltava osallistumisaika on 32.-34. raskausviikolla. Valmennus sisältää kaksi tuntia kestävä luennon, videoesityksen ja kierroksen osastolla. Sisältö on standardoitu siten, että se ei muutu sen mukaan, kuka synnytysvalmennuksen pitää. Neuvolan valmennuksessa käsitellään parisuhteen, vanhemmuuteen ja imetykseen liittyvät asiat. Pohjois-Karjalan keskussairaalan järjestämä synnytysvalmennus on osallistujille maksutonta. Kuntalaskutuksessa se on sisällytetty ns. synnytyksenhoitopakettiin, joka on kunnille samanhintainen riippumatta siitä, osallistuivatko perheet valmennukseen vai eivät.

¹) Kumpula M. Haikaranpesä – jatkuvuus synnyttäjän hoidossa. Teoksessa Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä. Kansallinen tavoite- ja toimintaohjelma 2004-2007. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:18. Helsinki, 2003.

²) Pajukangas-Viitanen M. Loppuuko synnyttäminen kaikissa pienissä sairaaloissa? Pietarsaaren sairaalan synnytystoiminta vaakalaudalla. Kätilölehti – Tidskrift för Barnmorskor 2002; 107(7):274-5.

³) Parviainen M. Tervetuloa synnyttämään! Kätilölehti – Tidskrift för Barnmorskor 2003;108(3):88.

LIITE 6.

10 Henkilökohtaista kysymystä alkoholinkäytöstä (audit)

Maailman terveysjärjestön (WHO) laatima AUDIT-testi (Alcohol Use Disorders Identification Test), julkaistu mm. Alkoholiohjelma 2004-2007 –ohjelman internetsivuilla (www.alkoholiohjelma.fi)

Ole hyvä ja ympyröi se vaihtoehto, joka lähinnä vastaa omaa tilannettasi.

- 1 Kuinka usein juot olutta, viiniä tai muita alkoholijuomia? Koeta ottaa mukaan myös ne kerrat, jolloin nautit vain pieniä määriä, esim. pullon keskiolutta tai tilkan viiniä.
 - 0 ei koskaan
 - 1 noin kerran kuussa tai harvemmin
 - 2 5-6 annosta
 - 3 7-9 annosta
 - 4 10 tai enemmän
- 2 Kuinka monta annosta alkoholia yleensä olet ottanut niinä päivinä, jolloin käytit alkoholia? (Yksi alkoholiannos on: pullo (33 cl) keskiolutta tai siideriä; lasi (12 cl) mietoa viiniä; pieni lasi (8 cl) väkevää viiniä; ravintola-annos (4 cl) väkeviä.)
 - 0 1-2 annosta
 - 1 3-4 annosta
 - 2 kerran kuussa
 - 3 kerran viikossa
 - 4 päivittäin tai lähes päivittäin
- 3 Kuinka usein olet juonut kerralla kuusi tai useampia annoksia?
 - 0 ei koskaan
 - 1 harvemmin kuin kerran kuussa
 - 2 kerran kuussa
 - 3 kerran viikossa
 - 4 päivittäin tai lähes päivittäin
- 4 Kuinka usein viime vuoden aikana sinulle kävi niin, että et pystynyt lopettamaan alkoholinkäyttöä, kun aloit ottaa?
 - 0 ei koskaan
 - 1 harvemmin kuin kerran kuussa
 - 2 kerran kuussa
 - 3 kerran viikossa
 - 4 päivittäin tai lähes päivittäin
- 5 Kuinka usein viime vuoden aikana et ole juomisen vuoksi saanut tehtyä jotain, mikä tavallisesti kuuluu tehtäviisi?
 - 0 ei koskaan
 - 1 harvemmin kuin kerran kuussa
 - 2 kerran kuussa
 - 3 kerran viikossa
 - 4 päivittäin tai lähes päivittäin

- 6 Kuinka usein viime vuoden aikana runsaan juomisen jälkeen tarvitsit aamulla olutta tai muuta alkoholia päästäksesi paremmin liikkeelle?
- 0 ei koskaan
 - 1 harvemmin kuin kerran kuussa
 - 2 kerran kuussa
 - 3 kerran viikossa
 - 4 päivittäin tai lähes päivittäin
- 7 Kuinka usein viime vuoden aikana tunsit syyllisyyttä tai katumusta juomisen jälkeen?
- 0 ei koskaan
 - 1 harvemmin kuin kerran kuussa
 - 2 kerran kuussa
 - 3 kerran viikossa
 - 4 päivittäin tai lähes päivittäin
- 8 Kuinka usein viime vuoden aikana sinulle kävi niin, että et juomisen vuoksi pystynyt muistamaan edellisen illan tapahtumia?
- 0 ei koskaan
 - 1 harvemmin kuin kerran kuussa
 - 2 kerran kuussa
 - 3 kerran viikossa
 - 4 päivittäin tai lähes päivittäin
- 9 Oletko itse tai onko joku muu satuttanut tai loukannut itseään sinun alkoholinkäyttösi seurauksena?
- 0 ei
 - 2 on, mutta ei viimeisen vuoden aikana
 - 4 kyllä, viimeisen vuoden aikana
- 10 Onko joku läheisesi tai ystäväsi, lääkäri tai joku muu ollut huolissaan alkoholinkäytöstäsi tai ehdottanut että vähentäisit juomista?
- 0 ei
 - 2 on, mutta ei viimeisen vuoden aikana
 - 4 kyllä, viimeisen vuoden aikana

Laske nyt valitsemiesi vaihtoehtojen numerot yhteen. Näin saat henkilökohtaisen pistemääräsi.

Omat pisteeni _____

Päiväys _____

Alkoholinkäyttösi riskit

7-7	vähäiset
10-10	lievästi kasvaneet
14-14	selvästi kasvaneet
19-19	suuret
40-40	erittäin suuret

AUDIT-mittari on WHO:n kehittämä, eikä sitä saa toimipaikkakohtaisesti muuttaa.

HIV-POSITIIVISEN ÄIDIN JA SYNTYVÄN LAPSEN SEURANTA JA HOITO RASKAUDEN JA SYNNYTYKSEN AIKANA SEKÄ SYNNYMÄN JÄLKEEN

Raskauden aikana	Synnytyksen aikana	Syntymän jälkeen
<p>Potilaat hoidetaan yhteistyössä sellaisten keskusten kanssa, joissa on kokemusta HIV-positiivisten naisten raskauden ja synnytyksen hoidosta¹</p> <p>Antiretroviraalinen yhdistelmälääkitys aloitetaan infektioleäkärin ohjeen mukaan viimeistään raskausviikoilla 20 – 24¹</p> <p>Lääkitys aloitetaan viivyttämättä, jos HIV-positiivisuus selviää myöhemmin raskauden aikana¹</p> <p>Hoitomyöntyvyyttä seurataan¹</p> <p>HI-viruspitoisuutta seurataan hoidon tehon arvioimiseksi¹</p> <p>HIV-positiivisen naisen synnytys suunnitellaan ennalta¹</p> <p>Lapsen HIV-lääkitys suunnitellaan etukäteen¹</p>	<p>Lääkehoito synnytyksen aikana¹</p> <ul style="list-style-type: none"> • äidin antiretroviraalinen lääkitys infektioleäkärin ohjeen mukaan • tsidovudiini-infuusio (2 mg/kg 1 t ajan, sitten 1 mg/kg kunnes lapsi on syntynyt) • sektion yhteydessä tsidovudiinin anto aloitetaan 4 t ennen leikkausta <p>Äidin ja lapsen verikontaktin minimoiminen¹</p> <ul style="list-style-type: none"> • ei kalvojen puhkaisua • ei kohdunsisäistä KTG-rekisteröintiä • ei mikroverinäytettä • episiotomian välttäminen • ulosauto pehmeällä imukupilla, jos välttämätön • viivyttelemätön induktio, jos lapsivedenmeno loppuraskaudessa ennen supistusten käynnistymistä • huolellinen tekniikka keisarileikkauksessa 	<p>Lääkehoito synnytyksen jälkeen¹</p> <ul style="list-style-type: none"> • äidin jatkolääkitys infektioleäkärin ohjeen mukaan • rintamaidon erittyminen estetään dopamiiniagonistilla • lapsen lääkeprofylaksian ja seurannan ohjelmointi lastenleäkärin ohjeen mukaan <p>Lapsen ensimmäiset HIV-näytteet otetaan 2 vrk iässä²</p> <p>Synnytyssairaalasta varataan lapsen ensimmäinen lastenpoliklinikkakäynti, joka tapahtuu lapsen ollessa 2-3 vk ikäinen. Jos lapsi ei ole saanut tartuntaa, voidaan seuranta lopettaa 1,5 v. iässä.³</p>

1) Heikinheimo O, Lehtovirta P, Skogberg K, Salo E, Ristola M, Ämmälä P. HIV-positiivinen synnyttäjä. Duodecim 2002;118:1405-9.

2) [http://www.arvosta.fi/HIV-lääkkeiden käyttö](http://www.arvosta.fi/HIV-lääkkeiden_käyttö). Luettu 28.12.2006.

3) Fellman V, Luukkanen P. (toim.) Vastasynntyneiden tehohoito. 2. uud. p. Duodecim.Helsinki, 2006.

LIITE 8.

Mielialalomake synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamiseksi (epds)

Alkuperäinen lähde: Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of Postnatal Depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry* 1987;150:782-6.

Ole hyvä ja ympyröi vaihtoehto, joka parhaiten vastaa Sinun tuntemuksiasi viimeisen kuluneen viikon aikana, ei vain tämänhetkisiä tuntemuksiasi.

Viimeisten seitsemän päivän aikana

1. olen pystynyt nauramaan ja näkemään asioiden hauskan puolen
 - yhtä paljon kuin aina ennenkin
 - en aivan yhtä paljon kuin ennen
 - selvästi vähemmän kuin ennen
 - en ollenkaan
2. olen odotellut mielihyvällä tulevia tapahtumia
 - yhtä paljon kuin aina ennenkin
 - hiukan vähemmän kuin aikaisemmin
 - selvästi vähemmän kuin aikaisemmin
 - tuskin lainkaan
3. olen syyttänyt tarpeettomasti itseäni, kun asiat ovat menneet vikaan
 - kyllä, useimmiten
 - kyllä, joskus
 - en kovin usein
 - en koskaan
4. olen ollut ahdistunut tai huolestunut ilman selvää syytä
 - ei, en ollenkaan
 - tuskin koskaan
 - kyllä, joskus
 - kyllä, hyvin usein
5. olen ollut peloissani tai hädissäni ilman erityistä selvää syytä
 - kyllä, aika paljon
 - kyllä, joskus
 - ei, en paljonkaan
 - ei, en ollenkaan
6. asiat kasautuvat päälleni
 - kyllä, useimmiten en ole pystynyt selviytymään niistä ollenkaan
 - kyllä, toisinaan en ole selviytynyt niistä yhtä hyvin kuin tavallisesti
 - ei, useimmiten olen selviytynyt melko hyvin
 - ei, olen selviytynyt niistä yhtä hyvin kuin aina ennenkin

7. olen ollut niin onneton, että minulla on ollut univaikeuksia

- kyllä, useimmiten
- kyllä, toisinaan
- ei, en kovin usein
- ei, en ollenkaan

8. olen tuntenut oloni surulliseksi ja kurjaksi

- kyllä, useimmiten
- kyllä, melko usein
- en kovin usein
- ei, en ollenkaan

9. olen ollut niin onneton, että olen itkeskellyt

- kyllä, useimmiten
- kyllä, melko usein
- vain silloin tällöin
- ei, en koskaan

10. ajatus itseni vahingoittamisesta on tullut mieleeni

- kyllä, melko usein
- joskus
- tuskin koskaan
- ei koskaan

Kysymyksissä 1, 2 ja 4 vastausvaihtoehdot pisteytetään järjestyksessä ylimmästä alimpaan asteikolla 0-3. Kysymykset 4 sekä 5-10 ovat käänteisiä ja ne pisteytetään järjestyksessä ylimmästä alimpaan asteikolla 3-0

EPDS-mittari on validoitu useassa maassa, eikä sitä saa toimipaikkakohtaisesti muuttaa.

LIITE 9.

Stakesin lisääntymisrekisterin tietosisällöt

Rekisteri	Vuodesta (tilasto/rekisteri)	Keskeinen tietosisältö
Synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet	1987/1987	<ul style="list-style-type: none"> tiedot kaikista Suomessa syntyneistä lapsista synnyttäjien tausta, raskauden ja synnytyksen aikainen hoito, vastasyntyneen terveys 7 vrk ikään asti ja vastasyntyneen hoito
Pienet keskukset	2004/2004	<ul style="list-style-type: none"> tiedot kaikista Suomessa alle 1500-grammaisena tai ennen 32. raskausviikkoa syntyneistä lapsista ennenaikaisuuden riskitekijät, synnytyksen aikainen hoito, vastasyntyneen terveys 40. raskausviikkoa vastaavaan ikään asti ja vastasyntyneen hoito
Synnyttäjien epämuodostumat	1963/1986	<ul style="list-style-type: none"> tiedot kaikista Suomessa syntyneistä sikiöistä/lapsista, joilla on merkittävä synnyttäjien epämuodostuma epämuodostumien riskitekijät, raskauden aikainen hoito, vastasyntyneen hoito ja vastasyntyneellä todetut epämuodostumat yhden vuoden ikään asti
Raskauden keskeytykset	1950/1983	<ul style="list-style-type: none"> tiedot kaikista Suomessa tehdyistä raskauden keskeytyksistä keskeytyspotilaan tausta, keskeytykseen ja keskeytystoimenpiteeseen liittyvät tiedot ja sairaalassa havaitut komplikaatiot
Steriloinnit	1939/1987	<ul style="list-style-type: none"> tiedot kaikista Suomessa tehdyistä steriloinneista sterilointipotilaan tausta, sterilointiin ja sterilointitoimenpiteeseen liittyvät tiedot ja sairaalassa havaitut komplikaatiot
Hedelmöityshoidot	1992/ei rekisteritietoja	<ul style="list-style-type: none"> tiedot kaikista Suomessa annetuista hedelmöityshoidoista hoitoja saaneiden naisten tausta, hedelmöitystojenpidettä koskevat tiedot, alkaneet raskaudet, synnytykseen päätyneet raskaudet, hoidoista syntyneet lapset ja heidän terveytensä viikon ikään asti

LIITE 10.

Stakesin hoitoilmoitusrekisterin tietosisällöt

Rekisteri	Vuodesta	Keskeinen tietosisältö
Vuodeosastohoito	1967-	<ul style="list-style-type: none"> • suomalaisten sairaaloiden vuodeosastojen hoitojaksot • potilaiden tausta, hoitoon tuleminen syy, hoitojakso, diagnoosit ja sairaalasta poistuminen
Toimenpiteelliset hoitojaksot	1994-	<ul style="list-style-type: none"> • suomalaisten sairaaloiden toimenpiteelliset hoitojaksot • potilaiden tausta, hoitoon tuleminen syy, hoitojakso, diagnoosit, toimenpiteet ja sairaalasta poistuminen
Poliklinikkahoidot	1998-	<ul style="list-style-type: none"> • suomalaisten sairaaloiden poliklinikkakäynnit • potilaiden tausta, hoitoon tuleminen syy, hoitojakso, diagnoosit ja sairaalasta

LIITE 11.

Esimerkkejä äitiyshuollon toimijoiden paikallisesta yhteistyöstä

Paikkakunta/alue	Toimintatavat/mallit
Tampereen äitiysneuvolat ja Tampereen yliopistollisen sairaalan synnytysklinikka ^{1,2}	<p>Tamperelaisen äitiyshuollon yhteistyön kehittämiseksi muodostettiin tiimejä äitiysneuvoloiden ja synnytysklinikan eri yksiköiden välille. Tiimit muodostettiin siten, että kuhunkin kuului edustajia sekä äitiysneuvolasta että synnytyssairaalasta. Kullakin tiimillä oli oma ajankohtainen kehittämistehtävänsä:</p> <p>Tiimi 1: Vauvamyönteisyys-ajattelun hyödyntäminen neuvolassa. Koliikkivauvojen vauvahieronta ja vyöhyketerapia.</p> <p>Tiimi 2: Äitiyshuollon asiakkaan hoitopolun kuvaaminen.</p> <p>Tiimi 3: "Yhdessä eteenpäin" -kaavakkeen laatiminen äitiyskortin rinnalle. Kaavakkeeseen kirjoittaa myös äiti.</p> <p>Tiimi 4: Esitietolomakkeen kehittäminen vierasmaalaisia asiakkaita varten.</p> <p>Hanke tuotti sekä kollektiivisia tuloksia että suoritustuloksia ja sen perusteella tunnistettiin seuraavia kehittämiskohteita:</p> <ul style="list-style-type: none"> • äitiyshuollon omat, toimintaa ohjaavat arvot tulisi määrittää ja niiden tulisi olla samat yhteistä asiakasta palveleville organisaatioille • johdon tukea, arvostusta ja kunnioitusta tulee lisätä tiimityön tueksi • tiimeihin osallistujien työaikaan tulee sisällyttää riittävästi aikaa tiimityöhön osallistumiseen
Kuopio ³	<p>Synnytysklinikan ja neuvoloiden yhteistyömuotona kummineuvolatoiminta, jossa</p> <ul style="list-style-type: none"> • jokaisella neuvolalla on oma kummikätilö sairaalassa • tarkoituksena kehittää yhteistyötä ja yhtenäistää ohjausta • kummikätilöt osallistuvat neuvolan perhevalmennuksiin • neuvolan terveydenhoitajat tutustuvat synnytysklinikkaan • kätilö tapaa sairaalaan tutustumiskäynnille tulevat perheet neuvolan perhevalmennuksessa ja huolehtivat omien perheidensä tutustumiskäynneistä pienryhmissä • synnytyspelosta kärsivät äidit saavat tarvitessaan henkilökohtaista valmennusta omalta terveydenhoitajaltaan ja kummikätilöltään <p>Kokemukset kummineuvolatoiminnasta ovat myönteisiä. Toimintaa on kehitetty alueittain tiimeiksi, jotka muodostuvat alueen äitiys- ja lastenneuvolan terveydenhoitajista ja kummikätilöistä. Niissä seurataan asiakaspalautetta ja kehitetään toimintaa.</p>

¹⁾ Tanttu K. 2001. Yhteistyöhön oppiminen äitiyshuollossa. Kätilölehti 2001;106(7):278-80.

²⁾ Tanttu K, Julin A-M. Äitiysneuvolat ja synnytyssairaala yhteistyössä. Kätilölehti 2000;105(5):174-6.

³⁾ Pelkonen M, Löthman-Kilpeläinen L. Neuvola lapsiperheiden tukena. Selvitys äitiys- ja lastenneuvolatoimintaa kohdistuneista tutkimuksista ja kehittämishankkeista 1990-luvulla. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2000:10. Helsinki, 2000.

- 2006: 1 Anita Haataja, Maija-Liisa Järviö, Esko Mustonen. Talousarvion sukupuolivaikutusten arviointi. Pilottihanke sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalalta.
ISBN 952-00-1928-6 (nid.)
ISBN 952-00-1929-4 (PDF)
- 2 Sosiaali- ja terveysministeriön toimintasuunnitelma vuodelle 2006. (Moniste)
ISBN 952-00-1933-2 (nid.)
ISBN 952-00-1934-0 (PDF)
- 3 Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan tulossopimukset kaudelle 2004-2007. Tarkistusvuosi 2006. (Moniste)
ISBN 952-00-1937-5 (nid.)
ISBN 952-00-1938-3 (PDF)
- 4 Seppo Tuomola. Kansallisen terveyshankkeen piiriin kuuluvan hankerahoituksen vaikuttavuuden arviointi. (Ainoastaan verkossa www.stm.fi)
ISBN 952-00-1939-1 (PDF)
- 5 Ehkäisevää huumetyötä nuorten työpajoilla kehittävän hankkeen loppuraportti.
ISBN 952-00-1940-5 (nid.)
ISBN 952-00-1941-3 (PDF)
- 6 Rikoksista rangaistujen tuen tarve. Suositukset yhteistoiminnalle. Vankien jälkihuoltotyöryhmän raportti.
ISBN 952-00-1942-1 (nid.)
ISBN 952-00-1943-X (PDF)
- 7 Lasten tuetut ja valvotut tapaamiset. (Moniste)
ISBN 952-00-1944-8 (nid.)
ISBN 952-00-1945-6 (PDF)
- 8 Terveystenhuollon valtakunnallisen tietojärjestelmäarkkitehtuurin periaatteet. Alueellisista ratkaisuksista kansalliseen kokonaisuuteen.
ISBN 952-00-1948-0 (nid.)
ISBN 952-00-1949-9 (PDF)
- 9 Christel Lamberg-Allardt, Heli Viljakainen ja työryhmä. D-vitamiinitilanteen seurantatutkimus 2002-2004.
ISBN 952-00-1952-9 (PDF)
- 10 Päivähoitopaikkojen tilat ja turvallisuus. Helsingin ja Oulunsalon päivähoitohenkilökunnalle sekä lasten vanhemmille ja huoltajille suunnattujen kyselyjen tulokset. Toim. Airi Palosaari ja Olli Saarsalmi.
ISBN 952-00-1953-7 (nid.)
ISBN 952-00-1954-5 (PDF)
- 11 Kansallinen varautumissuunnitelma influenssapandemiaa varten. Kansallisen pandemiavarautumisen työryhmän ehdotus.
ISBN 952-00-1985-5 (nid.)
ISBN 952-00-1986-3 (PDF)
- 12 Niilo Färkkilä. Sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikan ja maksujärjestelmän uudistaminen. Lausuntoyhteenveto toimikunnan mietinnöstä. (Ainoastaan verkossa www.stm.fi)
ISBN 952-00-1987-1 (PDF)

- 2006: 13 Kansallisen terveydenhuollon hankkeen seurantaryhmän raportti sosiaali- ja terveysministeriölle vuoden 2005 toiminnasta. (Moniste)
ISBN 952-00-1988-X (nid.)
ISBN 952-00-1989-8 (PDF)
- 14 Hallituksen tasa-arvo-ohjelman (2004-2007) seurantaraportti. Maaliskuu 2006. (Ainoastaan verkossa www.stm.fi)
ISBN 952-00-1960-X (PDF)
- 15 Ehdotus sosiaali- ja terveysministeriön hallinnon talousarvioehdotuksen rakenteen ja selvitysosien sisällön uudistamiseksi. (Moniste)
ISBN 952-00-2000-4 (nid.)
ISBN 952-00-2001-2 (PDF)
- 16 Niilo Färkkilä, Tarja Kahiluoto, Merja Kivistö. Lasten päivähoidon tilannekatsaus. Syyskuu 2005. (Moniste)
ISBN 952-00-2002-0 (nid.)
ISBN 952-00-2003-9 (PDF)
- 17 Perhepäivähoidon kehittämishaasteita. Toim. Sanna Parrila.
ISBN 952-00-2008-X (nid.)
ISBN 952-00-2009-8 (PDF)
- 18 Terveydenhuollon varautumiskoulutuksen haasteita. Selvitys häiriötilanteiden ja poikkeusolojen koulutuksesta ammattikorkeakouluissa ja lääketieteellisissä tiedekunnissa. (Moniste)
ISBN 952-00-1962-6 (nid.)
ISBN 952-00-1963-4 (PDF)
- 19 Alkoholilolot EU-Suomessa. Kulutus, haitat ja politiikan kehys 1990-2005.
ISBN 952-00-2089-6 (nid.)
ISBN 952-00-2090-X (PDF)
- 20 Alkoholförhållandena i EU-Finland. Konsumtion, skadeverkningar och policyramar 1990-2005.
ISBN 952-00-2012-8 (inh.)
ISBN 952-00-2013-6 (PDF)
- 21 Alcohol Issues in Finland after Accession to the EU. Consumption, Harm and Policy Framework 1990-2005.
ISBN 952-00-2014-4 (print.)
ISBN 952-00-2015-2 (PDF)
- 22 Carita Lahti, Sini Jämsén, Saara Tarumo. Samapalkkaisuuteen palkkausjärjestelmä uudistuksin. Työn vaativuuden ja henkilön pätevyyden arviointi Suomessa.
ISBN 952-00-2016-0 (nid.)
ISBN 952-00-2017-9 (PDF)
- 23 Valtioneuvoston vammaispoliittisen selonteon tausta-aineisto. (Moniste)
ISBN 952-00-2020-9 (nid.)
ISBN 952-00-2021-7 (PDF)
- 24 Työurat pitenevät? Veto-ohjelman indikaattorit. (Moniste)
ISBN 952-00-2030-6 (nid.)
ISBN 952-00-2031-4 (PDF)
- 25 Lastensuojelulain kokonaisuudistustyöryhmän muistio. (Moniste)
ISBN 952-00-2032-2 (nid.)
ISBN 952-00-2033-0 (PDF)
- 26 Liisa Heinimäki. Varhaisen tuen vahvistaminen varhaiskasvatuksessa. VarTu -hankekuvaus 2004-2005. (Moniste)
ISBN 952-00-2041-1 (nid.)
ISBN 952-00-2042-X (PDF)

- 2006: 27 Rakennusalan terveystarkastusten seurantarekisteri. (Moniste)
ISBN 952-00-2043-8 (nid.)
ISBN 952-00-2044-6 (PDF)
- 28 Petri Virtanen, Janne Jalava, Mari Ruuth. Valtakunnallisen työtaturmaohjelman arviointi. Tammikuu 2006.
ISBN 952-00-2045-4 (nid.)
ISBN 952-00-2046-2 (PDF)
- 29 Arja Rimpelä, Susanna Rainio, Lasse Pere, Tomi Lintonen, Matti Rimpelä. Use of Tobacco Products, Alcohol Use and Exposure to Drugs in 1977-2005.
ISBN 952-00-2047-0 (paperback)
ISBN 952-00-2048-9 (PDF)
- 30 Sirkka-Liisa Kivelä. Geriatrisen hoidon ja vanhustyön kehittäminen. Selvityshenkilön raportti. (Moniste)
ISBN 952-00-2068-3 (nid.)
ISBN 952-00-2069-1 (PDF)
- 31 Lapsiperheiden toimeentuloedellytysten kehittäminen. Koordinaatioryhmän yhteenvetoraportti.
ISBN 952-00-2070-5 (nid.)
ISBN 952-00-2071-3 (PDF)
- 32 Jyrki Korkeila. Psykiatrian opetuksen kehittämistarpeet perusterveydenhuollossa. (Ainoastaan verkossa www.stm.fi)
ISBN 952-00-2072-1 (PDF)
- 33 Oppilashuoltoon liittyvän lainsäädännön uudistamistyöryhmän muistio. (Moniste)
ISBN 952-00-2079-9 (nid.)
ISBN 952-00-2080-2 (PDF)
- 34 EVO-tutkimusrahoituksen jakoperusteiden uudistaminen. Työryhmän raportti. (Moniste)
ISBN 952-00-2085-3 (nid.)
ISBN 952-00-2086-1 (PDF)
- 35 Sosiaali- ja terveysministeriön tulevaisuuskatsaus 2006. (Ainoastaan verkossa www.stm.fi)
ISBN 952-00-1966-9 (PDF)
- 36 Lapsiasiavaltuutetun toimintakertomus vuodelta 2005.
ISBN 952-00-2034-9 (nid.)
ISBN 952-00-2035-7 (PDF)
- 37 Kliinisten laboratorioiden korvausten määräytymisperustetta selvittävän työryhmän raportti. (Ainoastaan verkossa www.stm.fi)
ISBN 952-00-2091-8 (PDF)
- 38 Pirjo Näkki. Vankien velkaantuminen ja yhteiskuntaan integroituminen.
ISBN 952-00-1967-7 (nid.)
ISBN 952-00-1968-5 (PDF)
- 39 Raimo Kärkkäinen, Marie Reijo, Keijo Tanner, Timo Tähtinen. Lapsiperheiden asumisen muutokset 1995–2004.
ISBN 952-00-2092-6 (nid.)
ISBN 952-00-2093-4 (PDF)
- 40 Maatalouslomituksen kehittämismahdollisuuksia selvittäneen työryhmän muistio. (Moniste)
ISBN 952-00-2102-7 (nid.)
ISBN 952-00-2103-5 (PDF)
- 41 Longer careers? The Veto Programme Indicators. (Moniste)
ISBN 952-00-2104-3 (paperback)
ISBN 952-00-2105-1 (PDF)

- 2006: 42 Anita Haataja. Ikääntyvät työmarkkinoilla 1989-2005.
ISBN 952-00-2107-8 (nid.)
ISBN 952-00-2108-6 (PDF)
- 43 Anita Haataja. Pohjoismainen ansaitsijahoivaajamalli. Ruotsin ja Suomen perhevapaajärjestelmän vertailu.
ISBN 952-00-2109-4 (nid.)
ISBN 952-00-2103-5 (PDF)
- 44 Ulkomailla asuvien sairaanhoidosta Suomessa aiheutuvien kustannusten korvaaminen. EU:n sosiaaliturvan koordinaatioasetusten mukaisten sairaanhoitokustannusten korvaamista selvittäneen työryhmän muistio. (Moniste)
ISBN 952-00-2111 6 (nid.)
ISBN 952-00-2112-4 (PDF)
- 45 Jukka Kumpuvuori. Perusoikeuksien rajoittamisesta kehitysvammapalvelujen toteuttamisessa.
ISBN 952-00-2114-0 (nid.)
ISBN 952-00-2115-9 (PDF)
- 46 Petri Virtanen, Janne Jalava, Tuomas Koskela, Janne Kilappa. Syrjäytymistä ehkäisevien EU-hankkeiden arviointi.
ISBN 952-00-2116-7 (nid.)
ISBN 952-00-2117-5 (PDF)
- 47 Peppi Saikku. Asiakasyhteistyötä uudella lailla? Kuntoutuksen asiakasyhteistyön arviointia.
ISBN 952-00-2124-8 (nid.)
ISBN 952-00-2125-6 (PDF)
- 48 Rintamaveteraanikuntoutus vuonna 2005. Selvitys veteraanikuntoutusmäärärahojen käytöstä. (Moniste)
ISBN 952-00-2118-3 (nid.)
ISBN 952-00-2119-1 (PDF)
- 49 Maria Rautio. Terveysten edistämisen koulutus sosiaali- ja terveysalalla.
ISBN 952-00-2142-6 (nid.)
ISBN 952-00-2143-4 (PDF)
- 50 Kansallisen terveydenhuollon hankkeen seurantaryhmän raportti sosiaali- ja terveysministeriölle kevään 2006 toiminnasta. (Moniste)
ISBN 952-00-2150-7 (nid.)
ISBN 952-00-2151-5 (PDF)
- 51 Aulikki Rautavaara, Jouko Kokko. Kuulo- ja puhevammaisten verkostoituvat tulkkipalvelut. Selvitys alueyhteistyön tuloksellisuudesta ja vaikutuksista.
ISBN 952-00-2157-4 (nid.)
ISBN 952-00-2158-2 (PDF)
- 52 National reports on Strategies for Social Protection and Social inclusion – Finland.
ISBN 952-00-2160-4 (paperback)
ISBN 952-00-2159-0 (PDF)
- 53 Kansallinen raportti sosiaalisen suojelun ja sosiaalisen yhteenkuuluvuuden strategioista.
ISBN 952-00-2161-2 (nid.)
ISBN 952-00-2162-0 (PDF)
- 54 Huumausainepolitiikan kertomus vuodelta 2005. (Moniste)
ISBN 952-00-2165-5 (nid.)
ISBN 952-00-2166-3 (PDF)
- 55 Sosiaali- ja terveysministeriön kustannuslaskennan kehittämistyöryhmän muistio. (Moniste)
ISBN 952-00-2167-1 (nid.)
ISBN 952-00-2168-X (PDF)

- 2006: 56 Kati Myllymäki. Terveyskeskus 2015. Terveyskeskustyön tulevaisuus. (Moniste)
ISBN 952-00-2169-8 (nid.)
ISBN 952-00-2170-1 (PDF)
- 57 Suomen kansainvälisten lapseksiottamisasioiden lautakunta. Toimintakertomus 2005. (Moniste)
ISBN 952-00-2179-5 (nid.)
ISBN 952-00-2180-9 (PDF)
- 58 Nämnden för internationella adoptionsärenden i Finland. Verksamhetsberättelse 2005.
ISBN 952-00-2181-7 (inh.)
ISBN 952-00-2182-5 (PDF)
- 59 The Finnish Board of Inter-Country Adoption Affairs. Annual Report 2005.
ISBN 952-00-2183-3 (paperback)
ISBN 952-00-2184-1 (PDF)
- 60 Henri Métivier, Sven Nielsen, Jouko Tuomisto, Wolfgang Weiss. International Evaluation of the Research Activities of the Finnish Radiation and Nuclear Safety Authority (STUK).
ISBN 952-00-2187-6 (paperback)
ISBN 952-00-2188-4 (PDF)
- 61 Hengityshalvauspotilaiden hoito. Valtakunnallisen asiantuntijatyöryhmän raportti. (Moniste)
ISBN 952-00-2192-2 (nid.)
ISBN 952-00-2193-0 (PDF)
- 62 Health in the World of Work. Workplace Health Promotion as a Tool for Improving and Extending Work Life.
ISBN 952-00-2194-9 (paperback)
ISBN 952-00-2195-7 (PDF)
- 63 Katastrofirahaston tarvetta selvittäneen työryhmän raportti. (Moniste)
ISBN 952-00-2196-5 (nid.)
ISBN 952-00-2197-3 (PDF)
- 64 Sosiaalipäivystyksen kehittäminen.
ISBN 952-00-2204-X (nid.)
ISBN 952-00-2205-8 (PDF)
- 65 Terhi Hermanson. Päihtyneen henkilön akuuttihoito. Sosiaali- ja terveysministeriön ohjeet.
(Ainoastaan verkossa www.stm.fi)
ISBN 952-00-2208-2 (PDF)
- 66 Terhi Hermanson. Akutvård för berusade personer. Social och hälsovårdsministeriets anvisningar. (Publiceras bara på Internet <http://www.stm.fi/svenska>)
ISBN 952-00-2209-0 (PDF)
- 67 Oppilashuoltoon liittyvän lainsäädännön uudistamistyöryhmän muistio. Lausuntoyhteenveto työryhmän muistiosta.
ISBN 952-00-2210-4 (nid.)
ISBN 952-00-2211-2 (PDF)
- 68 Tuula-Riitta Markkanen. Johtamisen haaste. Näkemyksiä työssä jaksamisesta ja jatkamisesta. (Moniste)
ISBN 952-00-2214-7 (nid.)
ISBN 952-00-2215-5 (PDF)
- 69 Riikka Kivimäki, Aija Karttunen, Leena Yrjänheikki, Sari Hintikka. Hyvinvointia sairaalatyöhön. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen kehittämissuunnitelma 2004-2006.
ISBN 952-00-2219-8 (nid.)
ISBN 952-00-2220-1 (PDF)

- 2006: 70 Vakuutusyhtiölaki 2005 -työryhmän mietintö. (Moniste)
ISBN 952-00-2221-X (nid.)
ISBN 952-00-2222-8 (PDF)
- 71 Heli Kumpula, Anne Lounamaa, Meri Paavola, Philippe Lunetta, Antti Impinen (toim.). Nuorten miesten tapaturmat ja väkivalta.
ISBN 952-00-2129-9 (nid.)
ISBN 952-00-2130-2 (PDF)
- 72 Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan tutkimustoiminnan tehostaminen. Työryhmän väliraportti. (Ainoastaan verkossa www.stm.fi)
ISBN 952-00-2223-6 (PDF)
- 73 H. Piekkola, O-P. Ruuskanen. Työtä eri elämänvaiheissa ja ajankäyttö. Äidit ikääntyvät.
ISBN 952-00-2226-0 (nid.)
ISBN 952-00-2227-9 (PDF)
- 74 Biopankit ja lainsäädäntö Suomessa 2006. Ihmisperäisten näyttekokoelmien hyödyntämistä selvittävän työryhmän väliraportti. (Ainoastaan verkossa www.stm.fi)
ISBN 952-00-2228-7 (PDF)
- 75 Men and Gender Equality. Towards Progressive Policies. Conference Report. Edited by Jouni Varanka, Antti Närhinen and Reetta Siukola.
ISBN 952-00-2131-0 (pb)
ISBN 952-00-2132-9 (PDF)
- 76 Utvecklande av socialjour.
ISBN 952-00-2133-7 (inh.)
ISBN 952-00-2134-5 (PDF)
- 77 Reetta Siukola. Sukupuolinäkökulman valtavirtaistaminen Suomen valtionhallinnossa.
ISBN 952-00-2230-9 (nid.)
ISBN 952-00-2231-7 (PDF)
- 78 Sosiaali- ja terveysministeriön toiminta- ja taloussuunnitelma vuosille 2008-2011. (Moniste)
ISBN 952-00-2235-X (nid.)
ISBN 952-00-2236-8 (PDF)
- 79 Erkki Rajaniemi. Työeläkejärjestelmän kilpailuolosuhteet. Selvityshenkilön raportti. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2241-9 (nid.)
ISBN 978-952-00-2242-6 (PDF)
- 80 Tuulikki Petäjaniemi. Selvitys samapalkkaisuutta edistävän palkkausjärjestelmähankkeen tarpeellisuudesta. Selvityshenkilön raportti. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2239-6 (nid.)
ISBN 978-952-00-2240-2 (PDF)
- 81 Psykososiaalinen tuki ja palvelut suuronnettomuudessa. Asiantuntijatyöryhmän muistio. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2243-3 (nid.)
ISBN 978-952-00-2244-0 (PDF)
- 82 Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisytyön koordinointi ja osaamisen keskittäminen. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2235-1 (nid.)
ISBN 978-952-00-2236-8 (PDF)
- 83 Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007-2010.
ISBN 978-952-00-2137-5 (nid.)
ISBN 978-952-00-2138-2 (PDF)